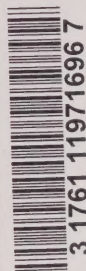


CAI
XC 28
-2010
P63



HOUSE OF COMMONS
CANADA



3 1761 11971696 7

PROMOTING INNOVATIVE SOLUTIONS TO HEALTH HUMAN RESOURCES CHALLENGES

Report of the Standing Committee on Health

Joy Smith, MP
Chair

JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION



Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Standing Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

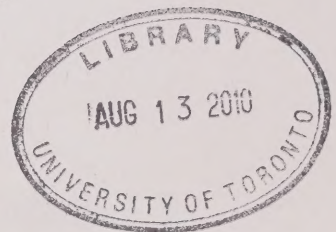
Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site
at the following address: <http://www.parl.gc.ca>

PROMOTING INNOVATIVE SOLUTIONS TO HEALTH HUMAN RESOURCES CHALLENGES

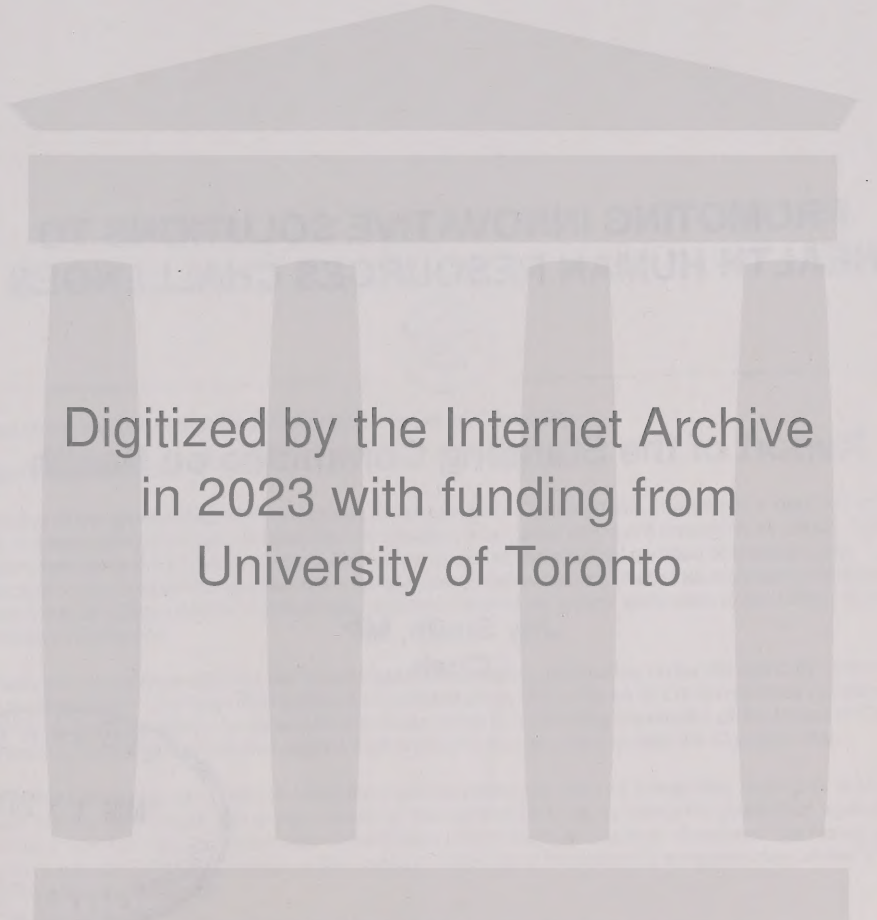
Report of the Standing Committee on Health

**Joy Smith, MP
Chair**



JUNE 2010

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119716967>

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

40th PARLIAMENT, 2nd SESSION

CHAIR

Joy Smith

VICE-CHAIRS

Joyce Murray

Judy Wasylycia-Leis

MEMBERS

Hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Cathy McLeod

CLERK OF THE COMMITTEE

Christine Holke David

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Karin Phillips

Marie Chia

Sonya Norris

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION

CHAIR

Joy Smith

VICE-CHAIRS

Joyce Murray

Megan Leslie

MEMBERS

Hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Cathy McLeod

CLERK OF THE COMMITTEE

Christine Holke David

LIBRARY OF PARLIAMENT

Parliamentary Information and Research Service

Karin Phillips

Marie Chia

THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

has the honour to present its

SIXTH REPORT

Pursuant to its mandate under Standing Order 108(2), the Committee has studied Health Human Resources and has agreed to report the following:

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
CHAPTER 1: CHALLENGES FACING HEALTH HUMAN RESOURCES IN CANADA	3
CHAPTER 2: THE FEDERAL ROLE IN HEALTH HUMAN RESOURCES.....	7
CHAPTER 3: NEW APPROACHES TO PAN-CANADIAN PLANNING AND COLLABORATION IN HHR.....	11
Introduction	11
Current Mechanisms for Pan-Canadian Planning and Collaboration in HHR.....	11
Committee Observations	13
CHAPTER 4: HHR RESEARCH AND DATA COLLECTION IN CANADA	15
Introduction	15
Data Collection.....	15
Research	17
CHAPTER 5: PROMOTING INNOVATIVE SOLUTIONS TO HHR CHALLENGES	19
Introduction	19
Interprofessional Collaborative Practice (IPC)	19
Health Information Technology	22
CHAPTER 6: ACCELERATING THE INTEGRATION OF INTERNATIONALLY- EDUCATED HEALTH CARE PROFESSIONALS	25
Introduction	25
Pathways to Practice for Internationally Educated Health Professionals.....	26
Accelerating the Integration of Internationally Educated Health Professionals	26
Barriers in the Pathways to Practice for IEHPs.....	29
Committee Observations	32

CHAPTER 7: HHR NEEDS AND CHALLENGES FACING FEDERAL CLIENT GROUPS.....	37
Introduction	37
Horizontal Collaboration in HHR: The Federal Health Care Partnership.....	38
First Nations and Inuit	38
(i) Health Canada's Roles and Responsibilities	38
(ii) Current Challenges in the Recruitment and Retention of Aboriginal Health Human Resources	39
(iii) Strategies to Improve the Recruitment and Retention of Aboriginal Health Human Resources in First Nations and Inuit Communities	41
(iv) Committee Observations	44
Other Federal Government Client Groups	45
(i) Royal Canadian Mounted Police (RCMP)	45
(ii) Canadian Forces	47
(iii) Veterans Affairs Canada.....	48
(iv) Federal Inmates.....	49
(v) Immigrants and Refugees	51
(vi) Committee Observations	52
CHAPTER 8: HIGHLIGHTING BEST PRACTICES IN RECRUITMENT AND RETENTION IN RURAL AREAS	55
Introduction	55
Best Practices in the Recruitment and Retention of HHR in Rural Areas	55
Committee Observations	57
CHAPTER 9: AN EXAMINATION OF THE UNIQUE HHR NEEDS, CHALLENGES AND INNOVATIONS IN THE NORTH	59
Introduction	59
Health Care Delivery in the North	59

HHR Challenges in the North	60
HHR Innovations in the North	61
Committee Observations	62
CONCLUSION	63
LIST OF RECOMMENDATIONS.....	65
APPENDIX A: LIST OF WITNESSES – 40 TH PARLIAMENT, 3 RD SESSION	71
APPENDIX B: LIST OF WITNESSES – 40 TH PARLIAMENT, 2 ND SESSION	75
APPENDIX C: LIST OF BRIEFS – 40 TH PARLIAMENT, 3 RD SESSION	79
APPENDIX D: LIST OF BRIEFS – 40 TH PARLIAMENT, 2 ND SESSION	81
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	83
DISSENTING OPINION OF THE BLOC QUÉBÉCOIS	85

INTRODUCTION

On February 26, 2009, the House of Commons Standing Committee on Health (hereinafter the Committee) agreed to undertake a study examining Health Human Resources (HHR) in Canada with the following terms of reference: pan-Canadian HHR planning and coordination; research and data collection; inter-professional collaborative practice; internationally educated health professionals; the HHR needs of federal client groups; and recruitment and retention in rural and remote areas. The Committee further agreed that the jurisdictional complexities involved in HHR would be respected during the study, including recognition of the fact that the Province of Quebec considers HHR planning as its exclusive provincial responsibility and therefore does not participate in current pan-Canadian initiatives related to HHR.¹ The study also serves as an in-depth follow-up to the Committee's statutory review of the *10-Year Plan to Strengthen Health Care*, completed in 2008, which included an examination of progress made by federal, provincial and territorial governments (F/P/T) in increasing the supply of health professionals in Canada as a result of commitments made in the 10-Year Plan and the 2003 Health Accord.²

Divided into chapters, this report begins by providing relevant background information regarding current HHR challenges in Canada and the federal role in HHR. The report's subsequent chapters examine the topics identified in the aforementioned terms of reference of the study. These chapters summarize the testimony that the Committee heard during the course of its hearings, highlight issues raised by witnesses and identify actions needed to be taken by the federal government in these areas.

In total, the Committee held 12 hearings from April 2009 to May 2010; and undertook a two-day fact-finding mission to Iqaluit and Rankin Inlet from May 24 to 26 May, 2009. During the course of its hearings and site visits, the Committee heard from federal government officials, researchers and academics, professional health organizations, community health delivery organizations, and interested individuals.

1 Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, *A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning*, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf, p. 3.

2 House of Commons Standing Committee on Health, "Statutory Parliamentary Review of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care", June 2008, 39th Parliament, 2nd Session, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/392/HESA/Reports/RP3577300/hesarp06/hesarp06-e.pdf>.

CHAPTER 1: CHALLENGES FACING HEALTH HUMAN RESOURCES IN CANADA

The Committee recognizes that there are many challenges facing health human resources (HHR) in Canada, which represent the basis for its current study. Statistics Canada defines HHR as paid health care providers within health care systems that are responsible for the delivery of high quality, safe, effective and patient-centred care to Canadians, a definition that is based upon the National Occupational Classification (NOC).³ It is important to note that HHR refers to a comprehensive range of health professionals, not all of which are directly involve in health care delivery, such as: physicians, nurses, midwives, chiropractors, naturopathic doctors, dentists, pharmacists, laboratory workers, environmental and public health professionals, health statisticians, epidemiologists, health information managers, health economists, and community health workers.⁴ The World Health Organization (WHO) utilizes an even broader definition of HHR, considering a health care provider to be anyone engaged in actions whose primary intent is to enhance health, regardless of whether they are paid to do so.⁵ This broader definition results in the inclusion of a wider range of persons, such as volunteer and family care givers. This report is based upon the WHO's broader conception of HHR that includes health professionals that are both paid and unpaid.

According to Canadian Institute for Health Information (CIHI), HHR represent the single greatest cost to health care systems: approximately 60 to 80 cents of every health care dollar in Canada is spent on HHR, which does not include the costs of educating those health professionals.⁶ This means that of the \$160 billion spent in Canada on health care in 2007, \$96 to \$128 billion went towards HHR.⁷

However, the ability of health care systems to provide Canadians with high quality and safe health care is dependent in part upon having "[...] the right mix of health care providers with the right skills in the right place at the right time.", as well as other determinants of health.⁸

3 This is based upon Statistics Canada's definition of health care providers, whose National Occupational Classification limits the definition of health care providers to those who are in paid positions. This varies from the World Health Organization's definition, which considers a health care provider to be anyone engaged in actions whose primary intent is to enhance health. CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 Ibid.

7 Ibid.

8 Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, "A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning" 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf.

Yet Canada has been experiencing HHR shortages in many professions for a number of years. For example, it is estimated that in 2007 there was a shortage of nearly 11,000 full-time equivalent Registered Nurses (RNs) in Canada.⁹ The Canadian Medical Association further estimates that between 4 and 5 million Canadians currently do not have access to a family physician.¹⁰

It is important to note that CIHI has reported that between 2003 and 2007, there have been varied increases in a number of health occupations, including physicians, nurses, occupational therapists, midwives, and pharmacists, among others.¹¹ However, HHR shortages are still projected to continue due to a variety of factors including the aging of the health workforce population, reduction of working hours by health care providers to support greater work life-balance, and workplace issues that lead to absenteeism and high rates of staff turnover.¹²

In addition, rural and remote areas in Canada face particularly acute HHR shortages. This is due to migration patterns among health care providers, who, like the general population, tend to migrate to centres experiencing greater amounts of economic growth.¹³ For example, from 1991 to 2001, physicians, medical laboratory technologists, and dental assistants tended to move away from rural areas.¹⁴ The situation is even more difficult in on reserve First Nations and Inuit communities and the North, where primary care is mainly delivered by RNs and as a result, these population groups must also travel great distances to receive acute and tertiary care.¹⁵

Though Canada has historically relied on internationally educated health professionals (IEHPs) to address shortages in its workforce, these health professionals are also facing difficulties in having their credentials recognized and experience delays in integrating into the Canadian health care system.¹⁶ For example, 50% of International

9 Canadian Nurses Association, "Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage," May 2009, http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_e.pdf.

10 Canadian Medical Association, "More Doctors. More Care: A Promise Yet Unfulfilled," Brief submitted to the House of Commons Standing Committee on Health concerning health human resources," April 28, 2009.

11 CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.

12 Canadian Nurses Association, "Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage," May 2009, http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_e.pdf and Canadian Medical Association, "More Doctors. More Care: A Promise Yet Unfulfilled," Brief submitted to the House of Commons Standing Committee on Health concerning health human resources," April 28, 2009.

13 CIHI, "Brief to the Standing Committee on Health," April 23, 2009.

14 CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.

15 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.pari.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA4198199-E.PDF> and Health Canada, "First Nations, Inuit and Aboriginal Health: Health Care Services," <http://www.hc-sc.gc.ca/fniab-spnia/services/index-eng.php>.

16 CIHI, Brief to the Standing Committee on Health, April 23, 2009.

Medical Graduates who apply for postgraduate training in Canada each year represent those that are applying to the system for the second time, because they did not receive a position the first time that they applied.¹⁷

17 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>.

CHAPTER 2: THE FEDERAL ROLE IN HEALTH HUMAN RESOURCES

Under the *Constitution Act, 1867*, health care is not assigned exclusively to one level of government, but rather includes matters that could fall within both federal and provincial jurisdictions.¹⁸ The Constitution grants the provinces primary jurisdiction in the area of HHR. Section 92(13), the power over “property and civil rights in the province”, which covers contract, tort and property, is the main provincial power over health care.¹⁹ It authorizes provinces to regulate businesses in the province, including the public and private provision of health care insurance, which determines the payment schemes for services offered by health care providers. More significantly, it also provides for the provincial regulation of health care providers. Section 92(7) grants the provinces authority to establish and regulate hospitals, as well as hospital-based health services, with the exclusion of marine hospitals.²⁰

However, section 91 of the *Constitution Act, 1867*, also grants the federal government authority over some classes of people including: military, militia, and naval services; First Nations and Inuit; and federal inmates. Under section 95, the federal government also has jurisdiction over immigrants concurrently with the provinces. It is important to note that how the federal government exercises its jurisdiction over these groups in relation to health care delivery and health human resources varies substantially by federal client group. The federal role in HHR for each of these respective population groups is examined in greater detail in Chapter 7. Furthermore, as the employer of the federal public service, the federal government is responsible for the occupational health and safety of its employees, as well as any employment-related health benefits provided to federal public service workers.²¹

In addition, under the *Canada Health Act*²², the federal government has used its spending power to establish national standards for the provinces’ health care insurance plans as a condition of federal cash contributions to these programs. The federal spending power is not specifically identified in the constitution, but rather is inferred from Parliament’s jurisdiction over public debt and property (section 91(1A)) and its general taxing power (section 91(3)), and has been upheld through court decisions.²³ In using its spending power, the federal government may establish conditions for federal grants to the provinces,

18 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5th Edition Supplemented 2007), Vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-1.

19 Ibid, p. 32-2.

20 Ibid.

21 Ibid.

22 *Canada Health Act*, 1984, c.6, s.1.

23 Marisa Tiedemann, “The Federal Role in Health and Health Care,” PRB 08-58E, October 20, 2008, <http://ipintrabp.parl.gc.ca/lopimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-e.pdf>.

including conditions that come within provincial jurisdiction and therefore cannot be directly legislated by Parliament.²⁴

Under the *Canada Health Act*, the federal government has established the following national standards for provincial and territorial health care insurance plans: (1) public administration; (2) comprehensiveness; (3) universality; (4) portability; and (5) accessibility.²⁵ With respect to HHR, it is important to note that section 9 of the *Canada Health Act* dealing with comprehensiveness stipulates that the health care insurance plan of a province “must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners²⁶ or dentists, and where the law of a province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.”²⁷ This means that the *Canada Health Act* requires that physicians services be covered by a provincial health care insurance plan, but does not require that provincial plans cover the costs of services provided by other health professionals that are also the subject of this report, such as: pharmacists, physiotherapists, chiropractors, psychologists, naturopathic doctors, and other non-physicians.²⁸

Despite this separation of powers, the federal government has a long history of collaboration with the provinces and territories in both health and health care. This was manifested in the 2003 Accord on Health Care Renewal, where federal, provincial and territorial (F/P/T) governments recognized the need to collaborate across jurisdictions to address HHR challenges across the country. However, they also agreed that this would be done in a fashion that would fully respect each government’s jurisdiction.²⁹ In the Accord, they agreed to collaborate in HHR planning in order “to strengthen the evidence base for national planning, promote inter-disciplinary provider education, improve recruitment and retention, and ensure the supply of needed health providers.”³⁰ To this end, the federal government committed \$85 million to HHR renewal, as well as ongoing funding of \$20 million per year to develop a pan-Canadian HHR strategy.³¹

These commitments were further elaborated upon in the 2004 F/P/T 10-Year Plan to Strengthen Health Care, which was based upon several principles including, among others: collaboration between all governments, advancement through the sharing of best practices,

24 Ibid.

25 *Canada Health Act*, 1984, c.6, s.7.

26 The *Canada Health Act* defines a medical practitioner as a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried out by that person. *Canada Health Act*, 1984, c.6, s.2.

27 *Canada Health Act*, 1984, c.6, s.9.

28 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5th Edition Supplemented 2007), Vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-5.

29 Health Canada, “Health Care System: 2003 First Ministers’ Accord on Health Care Renewal,” 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>.

30 Ibid.

31 Health Canada, “Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2006/07 Report Accomplishments and New Projects”, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-eng.pdf.

and jurisdictional flexibility.³² The agreement also took into account the principle of asymmetric federalism, allowing for the existence of a separate agreement for any province, including the Government of Quebec, which signed a separate Communiqué with the federal government regarding the interpretation and implementation of the 10-Year Plan.³³

With respect to HHR, governments further agreed to increase the supply of health professionals by establishing action plans that would include targets for training, recruitment and retention of professionals.³⁴ To achieve these objectives, First Ministers committed an additional \$5.5 billion over 10 years to reduce wait times, which would include ongoing collaborative work in HHR.³⁵ The federal government further committed to:³⁶

- Accelerate and expand the assessment and integration of internationally trained health care graduates for participating governments;
- Target efforts in support of Aboriginal communities and official language minority communities to increase the supply of health care professionals for these communities;
- Take measures to reduce the financial burden on students in specific health education programs; and
- Participate in HHR planning with interested jurisdictions.

Specific details regarding the federal government's particular investments and programs and initiatives related to these commitments are the subject of subsequent chapters in this report.

Finally, it is important to note that the House of Commons Standing Committee on Health was also granted authority to review progress towards the implementation of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care under section 25.9(1) of the *Federal-Provincial*

32 Health Canada, "Health Care System: First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004," September 16, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

33 Ibid.

34 Health Canada, "Health Care System: First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004," September 16, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

35 Health Canada, "Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2006/07 Report Accomplishments and New Projects", 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-eng.pdf.

36 Health Canada, "Health Care System: First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004," September 16, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

Fiscal Arrangements Act, which authorized the transfer of federal funds to the provinces in support of the plan.³⁷

37 *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, R.S., 1985, c. F-8, s. 1; 1995, c. 17, s. 45.

CHAPTER 3: NEW APPROACHES TO PAN-CANADIAN PLANNING AND COLLABORATION IN HHR

Introduction

While recognizing the fact that each jurisdiction in Canada is responsible for planning and management within its own health care system, the Committee heard that there were numerous benefits for collaboration across jurisdictions in HHR planning. National planning and collaboration in HHR was seen by witnesses as necessary to prevent competition between jurisdictions for the same health professionals, promote inter-provincial mobility for health professionals to address mismatches in supply and demand in different areas across the country, and most significantly, witnesses identified the need to share information regarding best practices in different jurisdictions in addressing HHR challenges.³⁸

Current Mechanisms for Pan-Canadian Planning and Collaboration in HHR

The current mechanism for pan-Canadian planning and collaboration in HHR is the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). Created in 2002 by the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health, the ACHDHR has a mandate to: provide policy and strategic advice to the Deputy Ministers of Health on the planning, organization and delivery of health services, including HHR, as well as provide a national forum for discussion and information sharing.³⁹ The ACHDHR is made up of representatives from all 14 governments, as well as from the Health Action Lobby; representatives from First Nations communities; the Council of Ministers of Education, Canada; the Canadian Institutes of Health Research (CIHR); the Canadian Institute for Health Information (CIHI); a regional health authority, and Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC).

In her appearance before the Committee, the federal Co-Chair of the ACHDHR, outlined the initiatives undertaken by the ACHDHR.⁴⁰ In 2007, the ACHDHR released

- 38 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 2nd Session, 40th Parliament, April 23, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESA16-E.PDF> and House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA17-E.PDF>.
- 39 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA141-E.PDF>.
- 40 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA14-E.PDF> and House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA141-E.PDF>.

A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning, an action plan with short, medium and long-term objectives in the following areas.⁴¹

- planning for the optimal number, mix and distribution of health care providers⁴²;
- working closely with employers and the education system to develop a health workforce that has the skills and competencies to provide safe high quality care, work in innovative environments, and respond to changing health care system and population health needs;
- achieving the appropriate mix of health care providers and deploy them in service delivery models that make full use of their skills; and
- building and maintaining a sustainable workforce in healthy safe work environments.

However, it is important to note that the Framework has no hard targets in terms of increasing the supply of health care providers.⁴³

In addition to the Framework, the ACHDHR has done a comprehensive update of an inventory of HHR forecasting models, as well as convened workshops to share knowledge and promote collaborative data and modeling activities to support jurisdictional policy and planning requirements. They have further developed a committee to advise governments on whether proposed changes in credentials for the entry-to-practice of health care providers would serve the interests of patients, health care providers and education systems. The ACHDHR has also taken an active role in addressing internationally educated health care professionals (IEHPs) by endorsing a business case for the development and implementation for a standard national assessment for International Medical Graduates entering national postgraduate medical training in Canada. Finally, the ACHDHR is also in the process of developing a strategy to address gaps in the Canadian approach to interprofessional education and collaborative practice.⁴⁴

41 Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-eng.pdf.

42 It is important to note that the Framework uses the term health care provider, but does not provide a specific definition.

43 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-E.PDF.

44 This topic is covered in greater depth in the section of the report dealing with innovative solutions to HHR challenges. Interprofessional collaborative practice refers to the provision of comprehensive health services to patients by multiple care givers who work collaboratively to deliver quality care within and across sections. Canadian Physiotherapy Association, "Efficiency & Health Human Resources," A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, November 25, 2009.

Despite the various initiatives undertaken by the ACHDHR, some witnesses appearing before the Committee articulated that it was not providing an effective mechanism for national collaboration in HHR planning. First, they found that the membership of the ACHDHR was not inclusive, as it did not have representatives from the many different health professions involved in collaborative health care.⁴⁵ Second, they indicated that implementation of the Pan-Canadian Collaborative Planning Framework was slow and that the ACHDHR had not been successful in ensuring that the Framework was receiving the attention and support it needed from governments to be implemented.⁴⁶ Most tellingly, some witnesses appearing before the Committee spoke of the need for a national plan or strategy to address HHR challenges, but seemed unaware of the existence the ACHDHR's Framework.⁴⁷

Consequently, some witnesses called for the expansion of ACHDHR's mandate and membership "to include active participation from stakeholders in order to have realistic and attainable goals" in HHR.⁴⁸ However, they also argued in favour of establishing a new national observatory on HHR which "would bring together researchers, governments, employers, health professionals, unions, and international organizations to monitor and analyse trends in health outcomes, health policy and HHR to provide evidence-based advice to policy makers."⁴⁹ The national observatory could further serve as a knowledge translation mechanism, in which best practices in addressing HHR challenges would be shared among stakeholders.⁵⁰

Committee Observations

The Committee recognizes that the ACHDHR has undertaken significant efforts in pan-Canadian HHR collaborative planning and knowledge translation. However, it notes that the ACHDHR may need to focus greater effort towards ensuring that A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning has the support necessary from both governments and stakeholders to be implemented. The Committee also observes that neither Health Canada's *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*, nor the ACHDHR's Framework are linked to hard targets in terms of increasing the supply of health professionals in Canada. The Committee recognizes that the ACHDHR has undertaken steps to ensure that its membership is broad-based by including the Health

45 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA-EV17-E.PDF>.

46 Ibid.

47 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 44, 2nd Session, 40th Parliament, November 18, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESA-EV44-E.PDF>.

48 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA-EV17-E.PDF>.

49 Ibid.

50 Ibid.

Action Lobby (HEAL), a coalition of national health and consumer associations and organizations dedicated to protecting and strengthening Canada's publicly funded health care system.⁵¹ It also heard that the ACHDHR has recently established working groups devoted to inter-collaborative practice and IEHPs. However, the Committee also acknowledges that there may be a need to consider the creation of an additional mechanism or national observatory on HHR that operates at arm's length from F/P/T governments, as suggested by witnesses. The Committee therefore recommends:

Recommendation 1:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Care Delivery and Human Resources to consider the feasibility and appropriateness of either expanding its membership to include a wider range of stakeholders and broadening its mandate to allow for the development of an inventory of data and research on best practices in addressing HHR challenges in Canada; or establishing a new arm's length national observatory on health human resources with a broad-based membership that would promote research and data collection on HHR; serve as an effective knowledge translation mechanism; and identify key priorities for future research.

Recommendation 2:

The ACHDHR report on the implementation of A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning, including progress towards its short, medium and long-term objectives.

⁵¹ House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, May 13, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/CommitteeBusiness/UrlResolver.aspx?BluesDocumentId=4531758>.

CHAPTER 4: HHR RESEARCH AND DATA COLLECTION IN CANADA

Introduction

Research and data collection play a significant role in HHR planning. In order to determine that there will be sufficient health professionals with the right skills to provide high quality health care, policy makers first require sufficient data on the current supply of health professionals.⁵² According to CIHI, a minimum data set for measuring the supply of health professionals includes: demographic information; education and training; geographic distribution; migration; non-migration related attrition; employment and practice characteristics; and productivity.⁵³ Adequate measuring of the current supply of health professionals therefore marks the first step in HHR planning. In addition, policy makers require adequate information on future population health needs in order to determine which types of health professionals are needed.⁵⁴ Research on best practices in health care delivery is also essential for determining how health professionals should work together to achieve the best possible outcomes. This chapter examines current initiatives in HHR data collection and research that serve as the basis for HHR planning across Canada.

Data Collection

The Committee learned that CIHI has been collecting detailed demographic and workforce information on a broad range of health professionals, including: physicians, nurses, occupational therapists, pharmacists, physiotherapists, medical laboratory technologists, and medical radiation technologists.⁵⁵ CIHI also collects aggregate data for an additional 17 health occupations, including: chiropractors, midwives and psychologists. CIHI further noted that its data collection facilitated national collaborative planning, as it provided a source of interprovincial comparison in regards to workforce supply trends to HHR planners and policy makers across the country. According to CIHI, these data collection projects were made possible by CIHI funding received from Health Canada's *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*.⁵⁶

-
- 52 CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.
- 53 CIHI, "Guidance Document for the Development of Data Sets to Support HHR Management in Canada," February 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Guidance_Document_e.pdf, p. 10.
- 54 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 2nd Session, 40th Parliament, April 23, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-E.PDF>.
- 55 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 2nd Session, 40th Parliament, April 23, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-E.PDF>.
- 56 Further details regarding this strategy will be provided in the sections examining innovative solutions to HHR challenges. Health Canada, "Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2007/2008," 2008, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2008-ar-ra-eng.pdf.

In its report submitted to Committee members, Canada's *Health Care Providers, 2007*, CIHI presented current demographic and workforce trends among different categories of health professionals in Canada. The report further indicated that there were gaps in research regarding some of these trends, for example: the retirement profile of a variety of health professionals; exit rates from health professions and reasons for them; and the percentage of Aboriginal Canadians in specific health professions.⁵⁷ Other witnesses appearing before the Committee also reinforced the fact that there was a lack of minimum data available on Aboriginal HHR.⁵⁸ Health Canada officials appearing before the Committee indicated that they were working with CIHI to analyse the data available on Aboriginal HHR, as well as work with communities to gather further information at the local level.⁵⁹

Witnesses further identified gaps in data collection that needed to be addressed, including the need for CIHI and Statistics Canada to repeat the national survey of work and health of nurses, which was considered by witnesses to be out of date.⁶⁰ They further noted that the survey should be expanded to include other categories of health professionals.⁶¹ Other witnesses stressed the need to focus data collection not only on health professional supply trends, but on future population health needs, such as the management of chronic diseases as a result of the aging population.⁶² This was due to the fact that HHR planning was moving away from a model linked to current health service utilization patterns towards the future health needs of the population. Officials from Statistics Canada indicated that such data was available to policy makers and planners on a cost-recovery basis through the Canadian Community Health Survey, which collects data on the determinants of health, health status and the utilization of health services.⁶³ They indicated that it was possible to produce the data at the regional health level, but faced difficulties in producing the data at the community level due to reliability and confidentiality issues.

-
- | | |
|----|--|
| 57 | CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf , p. 73. |
| 58 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 5, 3 rd Session, 40 th Parliament, March 25, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESA05-E.PDF . |
| 59 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 17, 3 rd Session, 40 th Parliament, May 13, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA05-E.PDF . |
| 60 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 17, 2 nd Session, 40 th Parliament, April 28, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA05-E.PDF . |
| 61 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 17, 2 nd Session, 40 th Parliament, April 28, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA05-E.PDF . |
| 62 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 16, 2 nd Session, 40 th Parliament, April 23, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESA05-E.PDF . |
| 63 | House of Commons Standing Committee on Health, <i>Evidence</i> , No. 17, 3 rd Session, 40 th Parliament, May 13, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA05-E.PDF . |

The Committee acknowledges CIHI's efforts in expanding its data collection initiatives to include a broad range of health professionals. However, the Committee also recognizes that there is a need for CIHI to collect detailed demographic and work information on all categories of health professionals, including information gathered through survey research. Furthermore, they could make efforts to ensure that its data remains current by repeating surveys, such as the national survey on the work and health of nurses. Moreover, CIHI could also work with Health Canada to examine ways of addressing gaps in HHR data collection related to Aboriginal health human resources. Finally, the Committee notes that there is also a need for CIHI to work with other relevant federal government departments and agencies to collect HHR data related to the provision of health care services and benefits to other federal client groups, including: RCMP; immigrants and refugees; members of the Canadian Forces; veterans; and federal inmates. The Committee therefore recommends that:

Recommendation 3:

Health Canada seriously consider providing funding through its Pan-Canadian Health Human Resource Strategy to enable CIHI to:

- **expand its data collection to include demographic and work information on all categories of health professionals;**
- **repeat national HHR surveys as necessary so that they remain up to date.**

Recommendation 4:

Relevant federal government departments and agencies work closely with CIHI to establish a minimum data set for HHR planning for all federal client groups, including: First Nations and Inuit; RCMP; veterans; members of the Canadian Forces; immigrants and refugees; and federal inmates.

Research

The Committee heard from research organizations that a significant amount of research had been conducted, evaluating current HHR challenges, as well as various innovative pilot projects across the country that were demonstrating positive results in addressing the needs of health care providers.⁶⁴ For example, the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) commissioned a report in 2001 entitled *Commitment and Care*, which highlighted successful initiatives undertaken by the British Columbia's Ministry of Health, which launched a program to relieve senior nurses of 20 to 30 % of patient care in return for mentoring new, inexperienced nurses.⁶⁵ However, despite

64 Canadian Health Services Research Foundation, "Report to the Standing Committee on Health: Study on Health Human Resources," Brief submitted to the House of Commons Standing Committee on Health, April 23, 2009.

65 Ibid.

the publication of research highlighting positive solutions to HHR challenges, research organizations also emphasized the fact that a mechanism is lacking in Canada to collect and disseminate this information to a broad range of stakeholders.⁶⁶

In addition, witnesses appearing before the Committee raised the issue of health research funding. They articulated that providing sufficient funding for clinical research conducted by health care providers would serve as a means of attracting and retaining health care providers in Canada.⁶⁷ Increased funding for clinical research would also serve a dual purpose in providing further opportunities for evaluating and improving the efficiency of Canada's health care systems.⁶⁸

The Committee recognizes that there may be a need to establish additional mechanisms for collecting and sharing research in the area of HHR in order to move forward in promoting innovation in health service delivery across the country, as reflected in earlier sections of this report. The Committee also thinks that sufficient funding should be provided to CIHR to continue supporting the clinical research of health care providers, as a means of ensuring their recruitment and retention, as well as supporting the overall objective of improving health care delivery. The Committee therefore recommends that:

Recommendation 5:

The federal government seriously consider providing CIHR with funding to develop further mechanisms aimed at supporting clinical research in the area of HHR, recognizing it as a means of attracting and retaining health professionals in Canada.

Recommendation 6:

The federal government continue to provide the Health Council of Canada and CIHR with funding to determine the most appropriate mix of health professionals, both paid and unpaid, for different communities and population groups.

66 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 16, 2nd Session, 40th Parliament, April 23, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESA_EV16-E.PDF.

67 Ibid.

68 Ibid.

CHAPTER 5: PROMOTING INNOVATIVE SOLUTIONS TO HHR CHALLENGES

Introduction

Many innovative solutions are underway to address some of the HHR challenges facing health care systems in Canada. This chapter highlights the innovations occurring in health care delivery across the country, focussing in particular on interprofessional collaborative practice and health information technology. It also identifies ways in which the federal government could further promote and sustain these changes.

Interprofessional Collaborative Practice (IPC)

It has long been acknowledged in Canada that changing health care delivery models to include a broad range of health professionals is a key strategy in addressing shortages in HHR, as well as improving efficiency in health care delivery. Indeed, in the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care, First Ministers committed to 50% of Canadians having access to multidisciplinary health care teams by 2011.⁶⁹ Interprofessional Collaborative Practice (IPC) refers to the provision of comprehensive health services to patients by multiple care givers who work collaboratively to deliver quality care within and across sections.⁷⁰ It recognizes that the skills required to meet health care needs do not reside within one professional or even one profession. Closely linked to the full realization of IPC, is the need to change the way health professionals are educated so that they have the necessary knowledge and skills to work effectively in interprofessional teams, which is referred to as Interprofessional Education and Training.⁷¹

The Committee learned that Health Canada had invested in more than 32 interprofessional practice projects, as part of its *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy*.⁷² Health Canada officials told the Committee that these projects had focused on increasing awareness and sharing of best practices related to collaborative care; enabling the provision of mandatory interprofessional education courses by educational institutions;

69 Health Canada, "Health Care System: First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004," September 16, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

70 Canadian Physiotherapy Association, "Efficiency & Health Human Resources," A brief to the House of Commons Standing Committee on Health, November 25, 2009.

71 Health Canada, *Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2006/07 Report Accomplishments and New Projects*, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-eng.pdf.

72 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-E.PDF.

and increasing both the number of educators who are able to teach interprofessional practice and the number of health professionals trained for collaborative practice.⁷³

The Committee also heard from other witnesses that many innovative IPC models had been developed across the country as a result of the funding received through the Health Reform Fund for Primary Care as part of the 2003 Accord on Health Care Renewal⁷⁴, as well as funding received from Health Canada. For example, the Committee learned about the Somerset West Community Health Centre (SWCHC) in downtown Ottawa, an interprofessional collaborative practice that included the services of doctors, nurse practitioners, dietitians, social workers, kinesiologists, acupuncturists, chiropractors, social service workers, nurses, health promoters and administrative support staff.⁷⁵

The Committee learned that the SWCHC was governed by a community board of directors and reflected the population health needs of its community, including its desire for the inclusion of traditional Chinese medicine. Witnesses further indicated that the IPC model of practice at the SWCHC had resulted in significant cost savings due to its effective use of nurse practitioners.

The Committee heard that alternative health professionals were also being successfully integrated into intercollaborative practice across the country. For example, the Committee heard that naturopathic doctors were contributing to providing innovative integrated care to cancer patients at InspireHealth, one of four clinics in Vancouver currently conducting research in the area of service delivery for cancer patients as part of the Canadian Partnership Against Cancer.⁷⁶ The Committee also heard that chiropractors had been integrated at the Joe Sylvester Anishnawbe Health Toronto clinic, an urban multidisciplinary clinic that offers health care to urban Aboriginal populations.⁷⁷ Alternative health professionals appearing before the Committee articulated that their inclusion in the broad range of health care services offered in the context of interprofessional collaborative health care teams served as a means of easing some of the workload of mainstream physicians by providing preventative medicine and complementary treatments for chronic conditions and musculoskeletal disorders.⁷⁸

73 Ibid.

74 Health Canada, "Health Care System: 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal," 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>.

75 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 44, 2nd Session, 40th Parliament, November 18, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-E.PDF>.

76 Canadian Association of Naturopathic Doctors, "Presentation to the Standing Committee on Health Human Resources," May 7, 2009, p. 5.

77 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-E.PDF>, p. 9.

78 Canadian Association of Naturopathic Doctors, "Presentation to the Standing Committee on Health Human Resources," May 7, 2009, p.5. and House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-E.PDF>, p. 9.

Despite the numerous examples of innovation in health care delivery to incorporate different health professionals, the Committee heard that there had not been widespread change in health care delivery across the country. According to witnesses, funding mechanisms such as the Health Reform Fund for Primary Care had provided a mechanism to promote innovative pilot projects, but it was not sufficient to create sustainable change across the country.⁷⁹ They called for the Health Reform Fund to be extended into the next iteration of the Canada Health Transfer due in 2014 in order to promote sustained change in IPC across the country.⁸⁰ Other witnesses pointed to systemic barriers to establishing IPC, including provincial legislation governing the scope of practice of professionals, a lack of interprofessional education and training opportunities, payment schemes for health care providers, and liability issues.⁸¹

While witnesses recognized that these systemic barriers remained under provincial jurisdiction, they articulated that the federal government could address systemic barriers to IPC within its own jurisdiction both in the context of federal client groups and the federal public service. For example, the federal government could address barriers to IPC within the Public Service Health Care Plan, such as the requirement that physician prescriptions are necessary to access non-physician health care services such as physiotherapy.⁸² The Committee also heard that the federal government could include treatments and care offered by alternative health professionals such as chiropractors and naturopathic physicians as part of the services and benefits that it offers to federal client groups.⁸³

The Committee fully respects that many of the issues related to the implementation of inter-professional collaborative practice fall under provincial jurisdiction. However, the Committee also recognizes that the federal government could examine ways to eliminate barriers to collaborative practice within its own jurisdiction, including federal client groups and the health benefits provided to its employees through the Federal Public Service Health Care Plan. The Committee also supports witnesses in their view that sustained funding mechanisms need to be dedicated towards the implementation of IPC in provinces and territories. The Committee therefore recommends that:..

-
- 79 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 44, 2nd Session, 40th Parliament, November 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-E.PDF>.
- 80 Canadian Physiotherapy Association, "Efficiency & Health Human Resources," A Submission to the House of Commons Standing Committee on Health, November 25, 2009.
- 81 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 46, 2nd Session, 40th Parliament, November 25, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-E.PDF>.
- 82 Ibid.
- 83 Canadian Association of Naturopathic Doctors, "Presentation to the Standing Committee on Health Human Resources," 7 May, 2009, p.5. and House of Commons Standing Committee on Health, "Evidence," Number 017, 2nd Session, 40th Parliament, 28 April, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-E.PDF>, p. 9.

Recommendation 7:

The federal government identify and address systemic barriers to the implementation of interprofessional collaborative practice within its jurisdiction, including its responsibilities as the employer of the federal public service and the health benefits and services it offers to federal client groups, including: First Nations and Inuit; RCMP; veterans; immigrants and refugees; federal inmates; and members of the Canadian Forces.

Recommendation 8:

The federal government consider the possibility of establishing sustained funding mechanisms devoted to promoting interprofessional collaborative practice within the provinces and territories..

Health Information Technology

Witnesses appearing before the Committee also emphasized the importance of health information technology in addressing HHR challenges. Health information technology refers to a broad range of integrated data sources that provide timely access to patient health information that can be communicated to different health professionals, as well as the patient and can include: Electronic Health Records for patients, electronic prescription of medications, and telehealth, which is the use of telecommunications technologies, such as the telephone or videoconferencing, to deliver health care services.⁸⁴ The Committee heard that current efforts towards development of Electronic Health Records (EHR) in Canada through *Canada Health Infoway Inc.* will promote interprofessional collaborative care by facilitating information sharing between different health professionals.⁸⁵ Furthermore, the Committee heard that health information technology was empowering Canadians to take responsibility in their own care, in turn easing some of the workload of health professionals. For example, information technology was enabling Canadians to conduct home monitoring of blood glucose levels, saving trips to the doctor.⁸⁶

Indeed, the Committee was able to witness first-hand during its fact-finding mission to Nunavut the importance of health information technology in addressing HHR challenges in rural and remote areas. While visiting the Qikiqtani General Hospital in Iqaluit, the Committee learned that information technology allowed for the digital transfer of medical imaging, which reduced the need for travel to the south by patients, as well as visits to the

84 RAND, "Health Information Technology," Research Brief, http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9136/index1.html.

85 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 46, 2nd Session, 40th Parliament, November 25, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-E.PDF>.

86 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-E.PDF>.

North by specialists to assess medical test results. In addition, video conferencing was being used effectively for dermatological and mental health assessments, continuing medical education, visitation with family members and patient follow-ups with specialists. Information technology had resulted in reductions in health transportation costs, which currently represent 18.5% or \$50 million of Nunavut's total budget for health and social services. In addition, information technology had further allowed Inuit residents to receive health care within their communities, reducing the cultural burdens and stress associated with travel to urban centres in the south.

The Committee therefore continues to support the federal government's ongoing investments in health information technology, including electronic health records, electronic prescribing and telehealth through *Canada Health Infoway*, as a means of addressing HHR challenges across Canada. To date, the federal government has invested approximately \$2.1 billion in *Canada Health Infoway*.⁸⁷

CHAPTER 6: ACCELERATING THE INTEGRATION OF INTERNATIONALLY-EDUCATED HEALTH CARE PROFESSIONALS

Introduction

Historically, Canada has relied on internationally educated health care professionals (IEHPs), and in particular, International Medical Graduates (IMGs) to contribute to its health workforce needs. An International Medical Graduate is defined as a physician who has obtained a degree outside of either a Canadian medical school or a medical school in the United States.⁸⁸ An IMG can therefore refer to a Canadian citizen who went abroad to study medicine, as well as those who are permanent residents or citizens of Canada, who were educated abroad before immigrating to Canada.⁸⁹

In 2007, IMGs represented about 23% of the total physician workforce, a decrease from 33% in the late 1970s.⁹⁰ According to CIHI, the main source countries for IMGs in Canada are the United Kingdom, South Africa, India, Ireland and Egypt.⁹¹ The Committee also heard that Canadian citizens who pursued their medical degree abroad represent an increasing proportion of IMGs seeking postgraduate medical training and licensure in Canada. In 2008, 24% of the IMGs that applied for postgraduate training in Canada were Canadian citizens who went abroad and this number increased to approximately 40% in 2010.⁹² Nurses represent another significant category of internationally educated health care professionals, with internationally educated registered nurses constituting 6.5% of the registered nurse workforce in Canada in 2005.⁹³

In order to address the HHR shortages in Canada, the federal government committed to accelerating and expanding the assessment and integration of internationally trained health care graduates, as part of its overall commitments in the 2004 10-Year Plan to Strengthen Health Care.⁹⁴ This chapter examines and assesses initiatives undertaken by the federal government, professional health organizations and other stakeholders to

88 Canadian Information Centre for International Medical Graduates, "International Medical Graduate Definition," http://www.img-canada.ca/en/licensure_overview/img-definition.htm.

89 Ibid.

90 CIHI, Brief to the Standing Committee on Health, April 23, 2009.

91 CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.

92 Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA50-E.PDF>, p. 6.

93 CIHI, "Canada's Health Care Providers, 2007," 2007, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.

94 Health Canada, "Health Care System: First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004," September 16, 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>.

accelerate the assessment and integration of internationally educated health care professionals into health care systems in Canada, focusing in particular on efforts geared towards the integration of IMGs.

Pathways to Practice for Internationally Educated Health Professionals

The pathway to practice of IEHPs varies widely, depending upon their profession, educational backgrounds and level of training, the requirements of their particular regulatory body, as well as the jurisdiction in which they live. However, the table below outlines the general steps that are required for IEHPs to enter into practice in Canada.

Table 1

Pathways to Practice for IEHPs	
Step 1:	Preparation and pre-arrival support in home country.
Step 2:	Assessment and verification of education credentials and training.
Step 3:	Occupation-specific examinations, language testing, and other evaluation activities such as postgraduate training and/or clinical placements through bridging programs.
Step 4:	Regulatory authority for a given occupation registers or licences the IEHP.
Step 5:	If the IEHP does not succeed in having his or her credentials recognized, alternative pathways are identified, such as skill upgrading programs, provisional licences, or avenues for pursuing other health-related occupations.

Source: Table prepared using data obtained from the Forum of Labour Market Ministers, A Pan-Canadian Framework for the Assessment and Recognition of Foreign Qualifications, http://www.hrsdc.gc.ca/eng/workplaceskills/publications/fcr/pcf_folder/PDF/pcf.pdf.

Accelerating the Integration of Internationally Educated Health Professionals

The Committee heard from witnesses that the federal government, professional health organizations and other stakeholders were undertaking numerous initiatives to facilitate the entry into practice for IMGs and other IEHPs. First, the Committee heard from officials that the federal government had established the Foreign Credentials Referral Office (FCRO) in 2007 to provide internationally trained individuals with the information, path-finding and referral services necessary to have their credentials assessed quickly.⁹⁵ FCRO offices are based both domestically and abroad and serve as an interface between governments, employers, licensure bodies, and immigrants. According to federal

95 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA/EV41-E.PDF>, p. 3.

government officials, it is expected that by October 2010, the FCRO will have offices in China, India, the Philippines, and the United Kingdom.

Second, the Committee heard that the Forum of Labour Market Ministers had agreed to a Pan-Canadian Framework for the Assessment and Recognition of Foreign Qualifications in November, 2009, which commits governments, regulatory authorities and other stakeholders to ensuring that an individual will know within a year whether his/her qualifications will be recognized, or whether additional requirements are needed.⁹⁶ The Framework further outlines that this principle of timely service would be implemented by the following health care professions by December 31, 2010: medical laboratory technologists, occupational therapists, pharmacists, physiotherapists and registered nurses.⁹⁷ Meanwhile, dentists, licensed practical nurses, medical radiation technologists and physicians would implement this commitment by December 31, 2012.⁹⁸

In its appearance before the Committee, the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada (FMRAC), a national association representing the 13 provincial and territorial organizations responsible for the licensing and regulation of physicians across Canada in their respective jurisdictions, indicated that its member organizations were well on their way to meeting the goals outlined in the Framework.⁹⁹ In particular, FMRAC articulated that it had developed a draft agreement on national standards for medical registration in Canada for both Canadian medical graduates and IMGs.¹⁰⁰ The draft national standards have been developed for all dimensions of medical training, including: the recognition of a medical degree, Medical Council of Canada (MCC) qualifying exams, recognition of postgraduate training and/or supervision, and licensing by the regulatory authority. Furthermore, FMRAC indicated that the draft Framework recognizes that IMGs who are not able to initially meet the national standard should be eligible for a provisional licence.¹⁰¹ Therefore, the Framework also outlines the criteria for provisional licensing for IMGs and the pathway for moving from a provisional licence to a full licence.¹⁰² This agreement would replace the current approach, where IMGs and Canadian-trained physicians alike face different standards and requirements for medical licensure depending upon the jurisdiction in which they are applying. As a result, these national standards will also serve to facilitate labour mobility for physicians across Canada, as required under Chapter 7 on Labour Mobility of the Agreement on Internal Trade, which articulates that any

-
- 96 Forum of Labour Market Ministers, "A Pan-Canadian Framework for the Assessment and Recognition of Foreign Qualifications," November 2009, http://www.hrsdc.gc.ca/eng/workplaceskills/publications/fcr/pcf_folder/PDF/pcf.pdf, p. 7.
- 97 Ibid, p. 12.
- 98 Ibid.
- 99 Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 3.
- 100 Ibid.
- 101 Ibid, p. 4.
- 102 Ibid.

worker qualified for an occupation in a province or territory be granted access to employment opportunities in another province or territory that is party to the Agreement.¹⁰³

To further facilitate the process of foreign credential recognition for IMGs, the Committee heard that the federal government has provided the Medical Council of Canada (MCC), an organization created by Parliament to establish national examinations for the practice of medicine in Canada, with funding to improve the credential verification and assessment process for IMGs.¹⁰⁴ Funding provided through Human Resources and Skills Development Canada's (HRSDC) Foreign Credential Recognition Program has enabled the MCC to create a national repository for the medical credentials of IMGs. The repository enables IMGs to have their credentials accessed by multiple organizations in different jurisdictions across Canada simultaneously, rather than having to send multiple copies of their documents to different organizations directly. The Medical Council of Canada has also received funding to develop a computer-based Evaluating Exam (MCCEE), offered in over 70 countries, that is meant to evaluate an IMG's medical knowledge prior to arrival and serve as a means for the Government of Canada to evaluate individuals seeking to immigrate to Canada as skilled workers.¹⁰⁵

The Committee also heard that stakeholder organizations have made efforts to improve IMG access to postgraduate training. All Canadian medical students must complete postgraduate medical training or "residency" prior to their licensure by a medical regulatory body in Canada.¹⁰⁶ Depending upon their qualifications and prior training, some IMGs may also have to complete partial or complete postgraduate training in Canada.¹⁰⁷ In order to facilitate this process, the MCC has developed a single new nationally recognized clinical examination designed specifically to assess IMGs applying for postgraduate training positions.¹⁰⁸ The Committee also heard that the Canadian Resident Matching Service (CaRMS), the organization responsible for matching medical students with postgraduate training positions in Canada, began opening the matching and selection process fully to IMGs in 2006.¹⁰⁹ CaRMS also began sponsoring an annual symposium for IMGs to provide

103 Ibid.

104 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 5.

105 Ibid.

106 Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, April 1, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, p. 3.

107 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 9.

108 Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, April 1, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, p. 5.

109 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 6.

them with information to help them understand and negotiate entry into Canada's postgraduate training system.¹¹⁰

Finally, the Committee heard from Health Canada that it was providing \$75 million in funding for additional support programs to promote the integration of IEHPs in Canadian health care systems through its Internationally Educated Health Professionals Initiative (IEHPI).¹¹¹ Launched in 2005, the IEHPI directs approximately 90% of its funding to the provinces and territories to implement innovative support programs for IEHPs, such as bridging programs that are intended to help IEHPs develop the skills, competencies, or formal criteria necessary for the successful completion of their registration exams.¹¹² Health Canada's IEHPI also provides funding for pan-Canadian initiatives, such as the development of an orientation program to help IEHPs gain knowledge and understanding of the Canadian health care system.¹¹³

Barriers in the Pathways to Practice for IEHPs

Despite the efforts to accelerate the integration of IEHPs into health care systems in Canada, the Committee heard from witnesses that many continue to face barriers in entering practice in Canada. Witnesses articulated that the costs for IMGs to take all of the required MCC's exams necessary for full licensure, including the Evaluating Exam and the Qualifying Exam Parts I and II, could be prohibitive for recent immigrants, as they range from \$1,200 to \$3,600 depending upon the exam.¹¹⁴ Furthermore, the Committee heard that IMGs face particular difficulties in passing these exams, as they are not familiar with multiple choice exams and do not have the same access to test preparation materials, such as question sets, in the same way as their Canadian counterparts do.¹¹⁵ According to data from the MCC, between 1994 and 2006, approximately only 48% of those who passed the initial IMG Evaluating Exam succeeded in passing Parts I and II of the Qualifying Exams, which are necessary for full licensure in Canada.¹¹⁶

110 Ibid.

111 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-E.PDF>, p. 9.

112 Ibid.

113 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-E.PDF>, p. 3.

114 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, April 1, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, p.1 and p. 11.

115 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-E.PDF>, p. 11.

116 This calculation is based upon data submitted to the Committee by the Medical Council of Canada. It marks the percentage difference between IMGs who passed the Evaluating Exam and then attempted the qualifying exams. Medical Council of Canada, Brief to the House of Commons Standing Committee on Health, February 2010.

Finally, the Committee heard that IMGs are struggling to gain access to the postgraduate training system. While the Committee heard that there had been a substantial increase in the numbers of IMGs receiving residency spots nationally, from 73 in 2003 to 442 in 2009, the Committee also heard that many were still not being accepted.¹¹⁷ According to CaRMS, 31% of 1,600 IMGs who applied for residency training positions in 2008 were accepted.¹¹⁸ CaRMS further noted that approximately 50% of IMGs who apply each year are those who are reapplying after failing to be matched in the previous year.¹¹⁹ CaRMS further indicated that there was a ratio of one residency spot available for every 4 IMGs who applied to the system.¹²⁰

National physicians' organizations, including the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) and the Canadian Medical Association (CMA), explained that there were insufficient residency spots for IMGs because the medical system currently lacked the capacity to mentor and train them.¹²¹ Some witnesses suggested that the medical system lacked the capacity to train IMGs, because postgraduate training spots were being granted to international medical students sponsored by their home government to complete full or specialized medical training in Canada and the return to their country of origin.¹²² According to the Association of Faculties of Medicine of Canada, there were 830 visa medical trainees in Canada in 2008; with 120 of them training at the First Residency Level.¹²³ However, others cautioned that these visa trainees could not be directly compared to IMGs in terms of both their skill level and the training they were receiving in Canada.¹²⁴

The Committee also heard that other internationally educated health professionals were facing similar challenges in foreign credential recognition. For example, the Canadian Society for Medical Laboratory Science also indicated that approximately 90% of

-
- 117 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-E.PDF>, p. 9.
- 118 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 9.
- 119 Ibid, p.7
- 120 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-E.PDF>, p. 9.
- 121 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-E.PDF>, p. 7.
- 122 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 46, 2nd Session, 40th Parliament, November 25, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-E.PDF>, p. 2.
- 123 Association of Faculties of Medicine of Canada, Presentation to the House of Commons Standing Committee on Health, November 25, 2009, p. 5.
- 124 House of Commons, Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 3rd Session, 40th Parliament, May 13, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESAEV17-E.PDF>.

internationally educated medical laboratory technologists did not meet the regulatory standards required in Canada.¹²⁵ They further stated that their failure rate on national exams remained well above the Canadian average.

In order to address some of these challenges, witnesses stressed the importance of investing in bridging and adaptation programs that help IEHPs gain the knowledge and the skills necessary to succeed in meeting all the requirements for licensing in Canada. For example, the Committee heard that the Government of Alberta in conjunction with Citizenship and Immigration Canada (CIC) offered a successful Medical Communication Assessment Project, which provides IMGs with language and cultural skills necessary for oral clinical exams.¹²⁶ However, others noted that bridging programs also needed to be better integrated into the medical education system. The Committee heard that many IMG bridging programs that focused on supervised clinical experience during a period of several years were not recognized as official training by regulatory authorities, and consequently, many IMGs had to complete residency training after two years of supervised clinical training.¹²⁷ They therefore recommended that bridging programs be university-based to ensure that they are recognized in the assessment of an individual's credentials.¹²⁸ Finally, witnesses also indicated that bridging programs required sustained funding mechanisms to be successful in the long term.¹²⁹

To address the shortages of residency spots available for IMGs, witnesses recommended that targeted funding in the range of \$5 million over five years be provided to medical schools and teaching hospitals to increase their resources and infrastructure in order to be able to provide postgraduate residency positions for IMGs and mentoring programs to IMGs with provisional licenses and/or significant prior clinical experience.¹³⁰ Other witnesses suggested that the Government of Canada reduce the number of visa residents it allows into Canada in order to provide capacity within the medical education system for the postgraduate training of IMGs.¹³¹ As positions for visa residents are funded

125 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESAEV16-E.PDF>.

126 Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, April 1, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, pp. 1-2.

127 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 3.

128 Ibid.

129 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, <http://prismweb.parl.gc.ca/intranetDocuments/CommitteeBusiness/40/3/HESA/Meetings/Evidence/HESAEV16-E.PDF>, p. 16.

130 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 2nd Session, 40th Parliament, April 28, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESAEV17-E.PDF>, p. 7 & 11.

131 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 46, 2nd Session, 40th Parliament, November 25, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESAEV46-E.PDF>, p. 2.

by foreign governments, witnesses suggested that the Government of Canada could subsidize the postgraduate training positions that would be offered to IMGs instead.¹³²

Other witnesses suggested that a systemic approach could also be taken. As CIC considers physicians to be a priority occupation category for skilled workers immigrating to Canada, the Medical Council of Canada recommended that the Government of Canada require that physicians seeking to immigrate to Canada include the results of the MCC Evaluation Exam as part of their immigration application to Canada so that the Government of Canada could use the exam results as part of their criteria in evaluating the candidate.¹³³ The MCC indicated that their data showed that if a candidate failed the Evaluation Exam one or more times, he or she had a probability of less than 35% of completing the full licensure process in Canada.¹³⁴

Another alternative suggested by witnesses was the establishment of mutual recognition agreements with professional health associations in top immigration source countries. For example, the Committee heard that the College of Family Physicians of Canada (CFPC) has established reciprocal agreements to certify and welcome board-certified American and Australian-certified family medicine graduates and were working towards reaching similar agreements with other countries.¹³⁵ While some witnesses saw reciprocal agreements as a means of recognizing IEHPs prior training and experience, others cautioned that it could raise equity issues whereby immigrants from certain countries with reciprocal agreements could be advantaged over others.¹³⁶

Committee Observations

The Committee recognizes the complexity of the foreign credential recognition process for IEHPs in Canada. In fact, the Committee heard that the system involves over 53 provincial and territorial ministries, five provincial assessment agencies, over 200 post-secondary educational institutions and more than 440 regulatory bodies.¹³⁷ While the Committee acknowledges that responsibilities related to the education, accreditation, and licensing of IEHPs rests at the provincial and territorial levels, it believes that the federal government has an important role to play in supporting the roles of the provincial and

132 Ibid.

133 Medical Council of Canada, Brief to the House of Commons Standing Committee on Health, February 2010.

134 Ibid.

135 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 44, 2nd Session, 40th Parliament, November 18, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-E.PDF>, p. 3.

136 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>, p. 7 and Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 7, 3rd Session, 40th Parliament, April 1, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESAEV07-E.PDF>, p. 15.

137 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 14, 2nd Session, 40th Parliament, April 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-E.PDF>, p. 3.

territorial governments and other stakeholders in this area. As officials from CIC articulated, the Government of Canada is responsible, in most cases, for the selection of immigrants to Canada and consequently, it is therefore also responsible for ensuring that “newcomers are able to put their talents, skills and resources to work once they arrive in Canada.”¹³⁸

The Committee heard that many initiatives were underway to support the acceleration of the integration of IEHPs and IMGs, many of which were the result of federal funding. However, the Committee also heard that many IEHPs and IMGs were facing difficulties in succeeding on exams required for licensure and gaining access to necessary postgraduate training, resulting in delays that significantly affected the maintenance of their skills. The Committee also recognizes the significant cost burden that all medical graduates face in completing their licensure exams. The Committee believes that ongoing support for bridging and adaptation programs, and transitional licences are essential to providing IEHPs the skills, knowledge and experience necessary to meet the requirements necessary to integrate into Canadian health care systems. However, the Committee was also concerned that some witnesses articulated that these programs often became “bridges to nowhere”,¹³⁹ when the clinical training that they offered were not recognized by regulatory authorities. In addition, the Committee heard that medical schools and teaching hospitals lacked the capacity to integrate IMGs into the health care system, in turn resulting in insufficient residency positions being made available to IMGs and other medical graduates.

The Committee also heard about two emerging issues related to IMGs where further work is needed. First, the Committee learned that Canadian medical schools are providing postgraduate training to foreign medical students who then return to their home country to practice, while many IMGs living in Canada remain unable to gain access to postgraduate training positions. Furthermore, the Committee heard that an increasing proportion of IMGs are Canadian citizens that went to medical school abroad. However, the Committee heard that these IMGs now face the same difficulties in accessing the postgraduate medical training system as other IMGs in Canada. Though CaRMs has received a grant from Health Canada to study this issue in greater depth,¹⁴⁰ the Committee thinks that more work needs to be done in this area. The Committee therefore recommends:

Recommendation 9:

That Health Canada continue to provide sustained funding to bridging, adaptation and transitional licence programs for IEHPs, as well as community-based preceptorship programs in which practicing physicians assess and mentor IMGs.

138 Ibid.

139 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 50, 2nd Session, 40th Parliament, December 9, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-E.PDF>.

140 Ibid.

Recommendation 10:

That Health Canada work with relevant stakeholders to ensure that the federally funded bridging programs that offer supervised clinical training over an extended period of time be included as part of the assessment of an IEHP's credentials and training.

Recommendation 11:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources consider conducting an in-depth study examining IMG access to postgraduate training positions in Canada, including issues such as: capacity and funding within the medical education system for positions, or alternative supervised clinical placements, an evaluation of the residency matching system for IMGs, and the position of visa residents within the system; and that the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources report the findings of its study on postgraduate training positions for IMGs.

Recommendation 12:

Recognizing the pre-existing cultural competency of Canadian citizens that went abroad to study medicine, that the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources work with relevant stakeholders to identify ways to improve the assessment and integration of these IMGs into postgraduate medical training in Canada.

Recommendation 13:

That the Government of Canada establish an initiative to repatriate Canadian physicians practicing abroad; an initiative that would bring back as many as 300 physicians.

Recommendation 14:

That the Government of Canada consider providing targeted funding to the provinces and territories to increase the capacity of medical schools and teaching hospitals to play a constructive role in integrating IMGs and other medical graduates into the health care system.

Recommendation 15:

That the Government of Canada keep its 2008 commitment to fund 50 new residencies per year over four years at a cost of \$40 million.

Recommendation 16:

That the Government of Canada consider a requirement that physicians seeking to immigrate to Canada include the results of the MCC Evaluation Exam as part of their immigration application to Canada so that the

Government of Canada could use the exam results as part of their criteria in evaluating the candidate.

CHAPTER 7: HHR NEEDS AND CHALLENGES FACING FEDERAL CLIENT GROUPS

Introduction

As outlined in Chapter 2, the federal government has jurisdiction over specific population groups, including: First Nations and Inuit; immigrants; Canadian Forces; veterans; the RCMP; and federal inmates. As a result, it offers certain primary and supplementary health care services to approximately 1.3 million Canadians through six departments, including: Health Canada, Citizenship and Immigration Canada (CIC), Veterans Affairs Canada (VAC), Department of National Defence (DND), Correctional Service Canada (CSC) and the RCMP.¹⁴¹ The overall cost to the federal government for the provision of these health services and related benefits is approximately \$2.7 billion annually, making it the fifth largest health care provider in the country.¹⁴²

While the types of health services and benefits that the federal government offers to each of these client groups varies substantially, these federal departments and agencies face common challenges related to HHR, including high vacancy rates in these professions. For example, in 2008, DND had a vacancy rate of 25% in its nursing positions, and CSC had a vacancy rate of 35% in their psychology positions.¹⁴³ These high vacancy rates have meant that federal departments and agencies have had to rely on third party contracts that pose significant financial burdens; the cost of DND's third party contract for physicians was \$26 million in 2007, while VAC's was \$6 million.¹⁴⁴ Moreover, the Committee was told that federal departments and agencies are limited in their ability to offer competitive salaries and benefits to health professionals due to the passing of the *Expenditure Restraint Act*, which limits annual increases in compensation for all professional and administrative personnel within the federal public service to 1.5%.¹⁴⁵

This chapter examines how federal departments and agencies are addressing both individually and collectively the HHR challenges that they experience in providing services and benefits to meet the health needs of their respective client groups. It begins with an overview of horizontal collaboration in HHR through the Federal Healthcare Partnership (FHP), and then examines in detail the unique needs and challenges facing each of the respective federal client groups.

141 Government of Canada, "FHP Office of Health Human Resources: Welcome! Working in the Federal Public Service," <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/ohhr-brhs/home-accueil.asp?lang=eng>.

142 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 4, 3rd Session, 40th Parliament, 2010, March 23, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-E.PDF>, p. 6.

143 Ibid.

144 Ibid.

145 Federal Healthcare Partnership, "FHP & The Office of Health Human Resources," Brief submitted to the House of Commons Standing Committee on Health, March 23, 2010, p. 7.

Horizontal Collaboration in HHR: The Federal Health Care Partnership

The Committee heard that the six departments and agencies responsible for health services and benefits for federal client groups work together to address their common HHR challenges through the FHP, a horizontal initiative that aims to achieve economies of scale in their health care responsibilities across the federal public service and serves as a forum to identify areas for joint collaboration in health care.¹⁴⁶ In response to the shortages in HHR facing federal departments, the FHP established the Office of Health Human Resources in order to coordinate collective recruitment and retention activities and provide leadership and assistance to the FHP member organizations when addressing common issues and challenges in the area of HHR.¹⁴⁷

The Committee heard that since October 2008, the FHP Office of Health Human Resources has undertaken three strategies to address vacancy rates in health professions within the federal public service. First, the Office is working to address health service occupational classification and compensation issues by supporting the request of federal physicians to be removed from their current occupational classification levels and commissioning a study by Statistics Canada to compare federal physician compensation levels to those received by physicians in private practice.¹⁴⁸ Second, the Office is implementing HHR recruitment initiatives, including offering clinical placements and participating in job fairs and outreach activities, in order to promote the federal government as an employer of choice for health professionals.¹⁴⁹ Finally, the Office aims to promote communities of practice by serving as a functional community hub where federal health professionals can come together to network, share best practices and strengthen their community through training and collaboration.¹⁵⁰

First Nations and Inuit

(i) Health Canada's Roles and Responsibilities

Aboriginal peoples are defined in section 35 of *Constitution Act, 1982*, as the "Indian, Inuit and Métis peoples of Canada."¹⁵¹ Section 91(24) of *Constitution Act, 1867* grants the federal government primary jurisdiction over First Nations and Inuit. The federal government has interpreted this responsibility as being limited to First Nations living on reserve and specific Inuit. Therefore, in accordance with the 1979 Indian Health Policy, the

146 Ibid.

147 Government of Canada, "FHP: Office of Health Human Resources: About Us", <http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/ohhr-brhs.asp?lang=eng&cont=501>.

148 Federal Healthcare Partnership, "FHP & The Office of Health Human Resources," Brief submitted to the House of Commons Standing Committee on Health, March 23, 2010, p. 8.

149 Ibid, p. 9.

150 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 4, 3rd Session, 40th Parliament, March 23, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-E.PDF>, p. 7.

151 *The Constitution Act, 1982*, being Schedule B to the *Canada Act 1982* (U.K.), 1982, c. 11, Part II, s.35 (2).

federal government provides certain health services and benefits to these population groups, which are now delivered primarily through Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB).¹⁵²

FNIHB employs 800 nurses and home care workers who provide community-based health services to First Nations and Inuit communities across the country.¹⁵³ However, some First Nations and Inuit communities are responsible for the administration of these community-based health services through contribution agreements, or Health Service Transfer Agreements with FNIHB.¹⁵⁴ In addition to federal health care programs, on reserve First Nations and Inuit communities access medically necessary acute and primary care through hospital and medical services provided by their home province on the same basis as all other Canadians.¹⁵⁵

(ii) Current Challenges in the Recruitment and Retention of Aboriginal Health Human Resources

The Committee heard that one of the main HHR challenges facing First Nations and Inuit communities is the recruitment of First Nations and Inuit into the health work force. According to the National Aboriginal Health Organization (NAHO), there is a disproportionate lack of Aboriginal health professionals in Canada.¹⁵⁶ For example, only 3.7% of health care professionals identify as Aboriginal in Saskatchewan, yet Aboriginal peoples represent 8.5% of the employed population in that province.¹⁵⁷ Furthermore, according to the 2006 Census, only 240 people who identified as First Nations had graduated in medicine, veterinary medicine, or dentistry.¹⁵⁸ The Committee heard that increasing the number of Aboriginal health professionals was essential to improve the retention of HHR in on reserve First Nations and Inuit communities, as health professionals of Aboriginal background are more likely to return and remain in their communities due to family ties and kinship networks.¹⁵⁹ Moreover, they are also able to provide on reserve First Nations and Inuit communities with culturally appropriate care.¹⁶⁰

152 Health Canada, "About Health Canada: Indian Health Policy 1979," http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/poli_1979-eng.php.

153 Health Canada, "First Nations and Inuit Health: Health Care Services," <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spni/services/index-eng.php>.

154 Ibid.

155 Commission on the Future of Health Care in Canada, "Building on Values: the Future of Health Care in Canada," November 2002, <http://www.healthcoalition.ca/romanow-report.pdf>, p. 217.

156 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 5, 3rd Session, 40th Parliament, March 25, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-E.PDF>, p. 5.

157 Ibid.

158 Ibid.

159 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 5, 3rd Session, 40th Parliament, March 25, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-E.PDF>, p. 11.

160 Ibid.

However, witnesses explained that there were numerous barriers to recruiting First Nations and Inuit into the health workforce. Primarily, many First Nations and Inuit lacked the education necessary to pursue health careers, as high school completion rates for these population groups are disproportionately lower than the rest of the Canadian population.¹⁶¹ According to the 2001 Census, 16% of Canadians aged 20 to 24 had not completed high school. However, among Aboriginal Canadians in the same age group, 43% did not have a high school certificate.¹⁶² The Committee heard that in Quebec, only 3% of First Nations meet the requirements to access post-secondary education.¹⁶³ For those who succeeded in accessing post-secondary education, many further lacked the necessary background in mathematics and sciences to pursue health careers.¹⁶⁴

In addition, the Committee heard that First Nations and Inuit often face funding barriers in pursuing post-secondary education in the health sciences. Though scholarships and bursaries are available, witnesses articulated that funding arrangements often do not take into account the unique needs of First Nations and Inuit students, including: lengthier and interrupted educational careers due to factors such as family obligations and participation in transitional programs.¹⁶⁵

Finally, the Committee heard that First Nations and Inuit students experience cultural, social and geographic barriers in pursuing the post-secondary education in the health sciences. Some First Nations and Inuit students have difficulties gaining proficiency in the language of instruction.¹⁶⁶ They also continue to be educated in environments, where many health professionals do not have knowledge of their cultural practices, or respect for the contributions that traditional medicine has made to health care.¹⁶⁷ Many First Nations and Inuit students must pursue their post-secondary education in locations where they are distant from their own communities and social support systems for extended periods of time, leading to further isolation.¹⁶⁸

According to witnesses, on reserve First Nations and Inuit communities also encounter challenges related to the retention of HHR due to a lack of funding. The Committee heard that on reserve First Nations and Inuit communities had difficulty retaining health professionals, because the pay scales offered by the federal government could not

161 Ibid. p. 4.

162 Michael Mendelson, "Improving Primary and Secondary Education on Reserves in Canada," *Caledon Institute of Social Policy*, October 2006, <http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/608ENG%2Epdf>, p. 1

163 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 5, 3rd Session, 40th Parliament, March 25, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-E.PDF>, p. 4.

164 Ibid.

165 Ibid, p. 9.

166 Ibid, p. 4.

167 Ibid, p. 5.

168 Ibid, p. 4.

compete with those offered by other health service providers.¹⁶⁹ In particular, the Committee heard that Aboriginal physicians carry high debt loads from their education and training and therefore are reluctant to return to their home communities to practice for lower salaries.¹⁷⁰ Similarly, the Committee heard that on reserve First Nations and Inuit communities face HHR shortages because they are not provided with sufficient base funding from Health Canada to hire the health human resources necessary to meet their growing population needs.¹⁷¹ The Committee heard that despite their increasing population, Health Canada had only provided on reserve First Nations and Inuit communities with one additional nurse, as part of their nursing transformation strategy in 2004.¹⁷²

Difficult social conditions in on reserve First Nations and Inuit communities are another factor affecting the retention of health professionals in these communities, as one witness told the Committee:

We were talking about the experience of one of my students in the nursing program. She's from Onion Lake on the Alberta-Saskatchewan border, and I asked her if she was going back when she said she'd done nursing school. She said ideally she'd love to, but the reality is she's going to stay in an urban centre until her kids are done school, because she doesn't want them to struggle the way she is struggling in the maths and sciences.¹⁷³

The Committee also heard that Aboriginal physicians experience higher levels of burnout due to the stressful nature of the work in rural and remote locations and the multiple roles that they play as advocates for their communities.¹⁷⁴

(iii) Strategies to Improve the Recruitment and Retention of Aboriginal Health Human Resources in First Nations and Inuit Communities

The Committee heard that Health Canada had introduced the Aboriginal Health Human Resources Initiative (AHHRI) in 2005 with the overall goals of increasing the number of Aboriginal health professionals, as well as provide non-Aboriginal health professionals with the cultural knowledge and skills to provide appropriate care to Aboriginal population groups.¹⁷⁵ Provided with \$100 million in funding over five years, Health Canada officials told the Committee that the AHHRI had succeeded in increasing

169 Ibid, p. 10.

170 Ibid.

171 Ibid, p. 7.

172 Ibid.

173 Ibid, p. 18.

174 Ibid, p. 20.

175 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 41, 2nd Session, 40th Parliament, November 2, 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-E.PDF>, p. 2.

the number of aboriginal students receiving bursaries and scholarships for health career studies to a total of 1,398 students over a four-year period from 2005 to 2009.¹⁷⁶

In addition, the AHHRI has provided funding for the development of curriculum frameworks for medical and nursing schools to provide their students with the cultural knowledge and skills necessary to make them effective practitioners in treating Aboriginal peoples, as well as working in on reserve First Nations and Inuit communities.¹⁷⁷ These cultural curriculum frameworks are also necessary to provide Aboriginal students with a health science education that is relevant to their life experiences.

The AHHRI has also provided colleges and universities with funding to develop bridging programs that help Aboriginal students qualify for entry into health studies.¹⁷⁸ The Committee heard that bridging programs helped those who were unable to complete high school gain the knowledge and skills necessary to enter post-secondary education. These programs, in part, serve to address the low high school completion rates in on reserve First Nations and Inuit communities. The Committee heard that AHHRI was also supporting initiatives to raise awareness of the educational requirements necessary, in particular in mathematics and sciences, to pursue careers in the health sciences.

In terms of the retention of health professionals in on reserve First Nations and Inuit communities, the Committee heard that Health Canada, in its renewal of its AHHRI Initiative, will focus on providing increased training to community-based paraprofessionals and allied health professionals such as addictions workers, mental health, diabetes, maternal and child health workers, and home community care workers, in order to enhance their capacity to provide health services and support to health professionals working with those communities.¹⁷⁹ The Committee also heard that Health Canada was working with the Assembly of First Nations to determine the necessary funding required to address the lower pay scales offered to HHR in on reserve First Nations and Inuit communities.¹⁸⁰

Witnesses appearing before the Committee articulated that AHHRI is providing welcome support to programs and organizations working towards increasing the number of Aboriginal HHR in Canada. They stressed the importance of funding bridging programs for Aboriginal students, which include support such as counseling, mentoring and dedicated places where Aboriginal students can interact with each other, problem solve and maintain a sense of community throughout their education.¹⁸¹

176 Ibid.

177 Ibid, p. 7.

178 Ibid.

179 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 17, 3rd Session, 40th Parliament, May 13, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESAEV17-E.PDF>.

180 Ibid.

181 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 5, 3rd Session, 40th Parliament, March 25, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESAEV05-E.PDF>, p. 13.

Witnesses also highlighted the importance of community outreach activities to encourage the pursuit of health careers among Aboriginal youth. For example, the Committee heard about a program in Quebec, funded jointly by the federal and provincial governments, where representatives from the First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission visit First Nations and Inuit high school students in their communities to educate them about the prerequisites and the procedures to attend university in the health sciences.¹⁸² The students are then able to visit the university campuses and meet with university students to learn about university life.

While witnesses were supportive of Health Canada's AHHRI, they expressed concerns about funding. First, witnesses articulated that although AHHRI's funding had been extended for another two years until 2012, this was not a reasonable period of time to make significant improvements in increasing the number of Aboriginal health professionals. As they noted, "it takes a minimum of nine years to train a physician."¹⁸³

Second, witnesses articulated that AHHRI did not provide funding to organizations in a manner that would enable them to sustain their activities.¹⁸⁴ The Committee heard that organizations, which play leadership roles in promoting health careers among Aboriginal peoples through the establishment of outreach and mentorship programs, conferences, and the development of curriculum in cultural competence and safety, such as the Indigenous Physicians Association of Canada, the Aboriginal Nurses Association of Canada and the National Aboriginal Health Organization, only receive project based funding rather than core operations funding through the AHHRI. As these organizations do not have other major sources of funds, they have difficulty maintaining their operations beyond the project for which they have received funding. They therefore recommended that Health Canada move towards funding core operations rather than a project-based funding model.

Finally, witnesses stressed the need for more scholarships and bursaries to be made available to First Nations and Inuit students pursuing health careers, with some funding targeted towards skills upgrading.¹⁸⁵ Some suggested that this could be done by increasing the funding provided through Indian and Northern Affairs Canada (INAC)'s Post-Secondary Support Program, which provides funding for tuition for eligible Status Indians¹⁸⁶ and Inuit.¹⁸⁷

182 Ibid, p. 14.

183 Ibid, p. 2.

184 Ibid, p. 8.

185 Ibid, p. 17.

186 Registered (Status) Indian: those people who are registered or entitled to be registered as Indians in accordance with the provisions of the *Indian Act*. Tonina Simeone, "Federal-Provincial Jurisdiction and Aboriginal Peoples" February 1, 2001, Library of Parliament Publication TIPS-88E, <http://pintrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-e.asp?Heading=14&TIP=95>.

187 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESAEV16-E.PDF>.

(iv) Committee Observations

The Committee recognizes the importance of increasing the number of Aboriginal HHR as part of the Government of Canada's overall efforts to improve health outcomes for on reserve First Nations and Inuit communities. The Committee learned that many of the barriers to increasing the number of Aboriginal health professionals were deeply rooted in socio-economic factors, including: low levels of educational attainment and the inability to afford post-secondary education. However, the Committee heard that there were many successful initiatives funded through Health Canada's AHHR that helped mitigate some of these challenges, including: scholarship and bursaries, as well as bridging, outreach and mentoring programs. The Committee also heard that these programs require secure and sustained funding in order to succeed. The Committee is also aware that on reserve First Nations and Inuit communities face numerous challenges related to HHR retention, including: shortages, burnout and a lack of funds to pay market rates for health professionals. The Committee heard that some of these challenges could be addressed through the utilization of a broad range of health professionals, such as midwives, traditional healers, community health representatives and health promotion experts. However, the Committee recognizes that it is important to encourage Aboriginal health human resources to work in all areas of the health care system, including: teaching indigenous health in university faculties, providing health care to Aboriginal populations living in urban centers, providing tertiary care, and developing Aboriginal health policy.¹⁸⁸ The Committee therefore recommends:

Recommendation 17:

That Health Canada provide secure and stable funding for Aboriginal Health Human Resources, including support for programs and initiatives such as: bridging, mentoring and outreach programs; scholarships; organizations providing leadership in this area; and initiatives supporting the recruitment and retention of a broad range of health professionals including: midwives, community health representatives, traditional healers, health promotion experts, and addiction counsellors.

Recommendation 18:

That Health Canada review its project-based funding model under the Aboriginal Health Human Resources Initiative to determine whether it is meeting the needs of stakeholders and on reserve First Nations and Inuit communities;

Recommendation 19:

That Health Canada continue to increase its focus on retention of health professionals in on reserve First Nations and Inuit communities, while respecting the institutions and initiatives already in place; and in

188 Ibid, p. 18.

particular, addressing issues related to cultural concerns and the pay scale of health professionals in those communities.

Recommendation 20:

That Health Canada consider enhancing its collaboration with Indian and Northern Affairs Canada, other relevant departments, and organizations such as: Indigenous Physicians Association of Canada, the Aboriginal Nurses Association of Canada and the National Aboriginal Health Organization, to promote careers in health sciences at all education levels, including: primary, secondary and post-secondary education.

Other Federal Government Client Groups

(i) Royal Canadian Mounted Police (RCMP)

The RCMP is responsible for the health care of its members under the authority of the *Royal Canadian Mounted Police Act*.¹⁸⁹ As such, members of the RCMP are excluded from the *Canada Health Act*. The Committee heard that there are two dimensions to the health care benefits and services that the RCMP offers to its members. First, comprehensive health care is provided to members through health insurance benefit and entitlement programs offered by the RCMP, where members receive health care from health care professionals in the community, which are chosen by the individual, but paid for by the RCMP.¹⁹⁰ If necessary, the RCMP will arrange for travel or relocation in order for a member to receive adequate health services when they are not available in the community. As such, the RCMP does not provide direct health care or treatment to its members.¹⁹¹

Second, the RCMP is also responsible for the occupational health and safety of its members.¹⁹² In support of this mandate, the RCMP's occupational health and safety branch establishes policies and programs aimed at promoting a healthy and safe work environment, which includes developing national medical and psychological health standards. The occupational health and safety branch is responsible for monitoring the health of regular members throughout their career through its regional divisions. This is done through a mandatory periodic health assessment, which is completed by a division physician, who evaluates the member's physical and mental well-being every one to three years. In order to further promote health and wellness among its members, the Committee heard that the RCMP had established the position of director general of workplace

189 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 4, 3rd Session, 40th Parliament, March 23, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-E.PDF>, p. 3.

190 Ibid.

191 Ibid.

192 Ibid.

development and wellness on April 1, 2010, who is tasked to develop a wellness strategy for the RCMP.¹⁹³

The Committee heard that the HHR challenges facing the RCMP were related to occupational health and safety. Witnesses appearing before the Committee spoke to the enormous physical, emotional and psychological difficulties that members of the RCMP face as result of their work, as “they are regularly exposed to traumatic events, tragedies, atrocities, natural disasters and deep human suffering.”¹⁹⁴ As a result, many develop operational stress injuries (OSI), which can be defined as any persistent psychological difficulty resulting from operational service and can include diagnosed medical conditions such as anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD).¹⁹⁵ The Committee heard that OSIs, when left undiagnosed, can have a significant impact on functioning and well-being of an individual, which could include behavioural changes, depression and suicide.¹⁹⁶

According to witnesses appearing before the Committee, the RCMP lacked the health human resources necessary to address OSIs among its members. The Committee heard that the physicians that conducted physical and mental assessments of the members of the RCMP were often employed on contract seven days per month and had little knowledge of the police profession or tools to diagnose symptoms of OSIs.¹⁹⁷ The Committee heard that the RCMP employed 14 psychologists, but they were employed to work with special police units rather than to provide counselling for members of the RCMP.¹⁹⁸ Finally, the Committee heard that there was insufficient follow-up and case management of those diagnosed with OSIs and were receiving treatment within the community, including data collection.

In order to address this situation, witnesses articulated that the occupational health and safety branch required a stable budget that took into account the increasing need to diagnose OSIs among members of the RCMP.¹⁹⁹ Health professionals needed specific training in the culture and experiences of members of the RCMP, as well as tools to recognize the symptoms of OSIs.²⁰⁰ They further articulated that the RCMP could hire clinical psychologists with expertise in dealing with victims of trauma.²⁰¹ They also suggested that members of the RCMP have access to the same benefits and services as some of the other members of the Federal Healthcare Partnership (FHP), such as Veterans

193 Ibid, p. 4.

194 Ibid, p. 3.

195 Ibid.

196 Ibid. p. 3-5.

197 Ibid, p. 2.

198 Ibid, p. 16.

199 Ibid, p. 12.

200 Ibid, p. 4.

201 Ibid, p. 9.

Affairs Canada's (VAC) Veteran's Independence Program (VIP), which provides home care services to veterans and their families.²⁰² Finally, witnesses also stressed the need for a cultural change within the RCMP that would encourage members to come forward when dealing with mental health issues.²⁰³

(ii) Canadian Forces

The *National Defence Act* grants the Minister of Defence authority over the management and direction of the Canadian Forces.²⁰⁴ The Minister, in turn, has given the Canadian Forces Health Services (CFHS) responsibility for the management and direction of health care delivery to the Canadian Forces.²⁰⁵ As members of the Canadian Forces receive health care from the federal government, they are also excluded from the *Canada Health Act*.

The Committee heard that CFHS operates as its own health jurisdiction, providing members with health services that include: primary and tertiary care, its own health training, dental service, public and occupational health, pharmaceutical supply systems, health research, and specific health teams to support military operations. These health services are provided by military members of the Canadian Forces, as well as civilian health professionals.²⁰⁶

According to officials appearing before the Committee, the CFHS began experiencing severe health personnel shortages in the 1990s.²⁰⁷ This led to the development of the Rx2000 project in 2000, which aimed to improve recruitment and retention of health professionals in the military through the provision of competitive recruitment incentives, compensation scales, continuing medical education opportunities, and employment opportunities in other work environments.²⁰⁸

In addition, Rx2000 introduced primary health care reform into the military, focusing on the development of patient-centered practice, collaborative practice, and continuity in care. The Committee heard that the Canadian Forces' collaborative health care model includes a broad range of health professionals, including: physicians, nurse practitioners, physician assistants, physiotherapists, and clinical and population health specialists. This collaborative health model has also been extended to mental health, where psychologists, psychiatrists, mental health nurses, social workers and pastoral counsellors all work

202 Ibid, p. 9.

203 Ibid, p. 15.

204 DND, "Canadian Forces Health Services," <http://www.forces.gc.ca/health-sante/default-eng.asp>.

205 Ibid.

206 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 4, 3rd Session, 40th Parliament, March 23, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-E.PDF>, p. 5.

207 Ibid, p. 5.

208 Ibid.

together to treat the patient.²⁰⁹ Officials also noted that this health care reform was further facilitated by the development of a health information system, including electronic health records for members of the Canadian Forces.²¹⁰

Despite the success of the Rx2000 initiative, which has resulted in the CFHS meeting most of its health human resource needs, some gaps remain. The Committee heard that the CFHS has difficulty recruiting pharmacists, as there are general shortages in this profession and they demand high salaries. Furthermore, the recruitment of civilian health professionals remains challenging because of the disparities in salaries offered by the public service in comparison with private practice. Consequently, the CFHS is still forced to rely on contracted services, which are able to charge fees that are between 130% and 200% higher than those paid under provincial health care insurance plans.

(iii) Veterans Affairs Canada

In recognition of the service and contributions of former members of the Canadian Forces, the VAC offers certain health insurance benefits and rehabilitation services to veterans to ease their transition into civilian life. These health benefits and services are legislated through the *Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation Act, 2005*, which is commonly referred to as “The New Veterans Charter” and regulations under the *Department of Veterans Affairs Act*.²¹¹

VAC employs various health professionals in different capacities in support of its health insurance benefits and rehabilitation programs.²¹² First of all, VAC employs health professionals in order to administer its health benefits and service programs, rather than provide direct health care to its clients. In addition, it employs a broad range of health professionals to provide direct health care delivery to clients receiving treatment and rehabilitation services through the department’s operational stress injury clinics and Ste. Anne’s Hospital, which it also manages. These health professionals are responsible for providing a wide range of health services, including: addressing veterans’ physical, psychological and social needs, providing both palliative care and treatment for dementia, pain management and operational stress injuries.²¹³ In total, the Department’s full complement of health professionals includes 377 nurses, 51 medical officers, and 57 contract occupational therapists.²¹⁴ The Department has also established an extensive network of clinical care managers, occupational therapists, psychoeducators, psychiatrists,

209 Ibid, p. 12.

210 Ibid, p. 6.

211 Veterans Affairs Canada, “The New Veterans Charter,” <http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=Forces>.

212 Veterans Affairs Canada, “Report to the House of Commons Standing Committee on Health,” Brief Submitted to the Committee, May 17, 2010.

213 Ibid.

214 Ibid.

psychologists and social workers to provide support and treatment to clients with complex mental health needs.²¹⁵

Though officials from VAC were unable to appear before the Committee, they submitted a written brief outlining their HHR challenges. VAC's statement articulated that the department was facing projected vacancy rates of 25% for nurses and 55% for medical officers by 2014 due to retirements and shortages in the overall health work force across the country.²¹⁶ Their brief further outlined HHR challenges specific to the department, including:

- a complicated and protracted staffing process that discourages candidates from applying;
- the perception among physicians that compensation in the federal public service is not on a par with that of the private fee for service structures;
- difficulties finding bilingual health professionals to provide clients with services in their language of choice; and
- the need for stable funding for professional development opportunities.

They further outlined their efforts in addressing these issues. In order to improve their hiring processes, they now contact candidates upon receipt of their applications and as follow up to interviews. They have changed the interview approach and invested in marketing strategies to make health professionals more aware of employment opportunities at VAC. They also offer research opportunities to employees in partnerships with universities, international bodies and the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), in the area of military trauma and mental health issues.

(iv) Federal Inmates

In accordance with the *Corrections and Conditional Release Act*, Correctional Service Canada (CSC) is responsible for providing federal inmates with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community.²¹⁷ As such, federal inmates are also excluded from the *Canada Health Act*, while serving their sentences within federal penitentiaries. CSC aims to provide essential health services that are comparable to provincial and community standards. Health services are provided to federal inmates

215 Ibid.

216 Ibid.

217 CSC, "The Standards for Health Care," www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/hlthstds/healthstds5-eng.shtml.

through 52 health centres across Canada and four regional hospitals that are managed by CSC's Health Services Sector.²¹⁸

The Sector employs approximately 800 staff in a wide range of health professions, including: nurses, physicians, pharmacists, psychologists, epidemiologists and social workers.²¹⁹ However, health service delivery is carried out primarily by nurses with physician services provided on contract.²²⁰ Furthermore, CSC's Health Services Sector represents the largest federal employer of both nurses and psychologists.²²¹ These health professionals are responsible for providing health care to high risk offenders with complex and diverse health needs that include: mental illness, drug and alcohol addition, anger and violence.²²²

Officials appearing before the Committee indicated that CSC faced numerous HHR challenges, including shortages in particular health professions. The Committee heard that CSC has vacancy rates of 20% in psychology positions, 6% in nursing positions and 11% in social work positions.²²³ In addition to the common HHR challenges faced by other federal departments, including the aging workforce and compensation issues, officials indicated that many health professionals were unwilling to work in their health centres in rural and remote areas.²²⁴ Furthermore, as health professionals are regulated provincially, officials indicated that they had difficulties transferring staff between institutions located in different provinces.²²⁵ This represented a particular challenge for the department in relation to nurses and psychologists. Finally, officials articulated that the stress of providing health care to federal offenders with complex physical and mental health care needs also served as a deterrent for the recruitment and retention of health professionals.²²⁶

The Committee heard that CSC implemented a recruitment and retention strategy in 2008 to address its HHR issues. As a result of this strategy, CSC has produced a series of materials aimed to promote health careers in CSC, as well as published articles in professional journals highlighting the work of their psychologists.²²⁷ In addition, CSC has developed internship and practicum opportunities for physicians, psychologists and other health professionals, which have resulted in positions for some of these individuals.²²⁸

218 CSC, "Health Services Sector: Quick Facts," August 2008, <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/qf/15-eng.pdf>.

219 Ibid.

220 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA_EV16-E.PDF.

221 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA_EV16-E.PDF.

222 Ibid.

223 Ibid.

224 Ibid.

225 Ibid.

226 Ibid.

227 Ibid.

228 Ibid.

Finally, CSC has also focussed on retention issues by investing \$8 million to support the training and development of nurses and providing psychologists with dedicated annual funding for professional development.²²⁹

(v) Immigrants and Refugees

Citizenship and Immigration Canada (CIC) through its Health Management Branch is responsible for the health aspects of immigration, including the health assessments of those seeking to immigrate to Canada, and the provision of certain health services and benefits to refugee protection claimants. Under section 38(1) of the *Immigration and Refugee Protection Act*, CIC is mandated to assess applicants for permanent and temporary residency according to three grounds for health inadmissibility: danger to public health, danger to public safety and excessive demand on health or social services.²³⁰ It does so by selecting and training medical practitioners, who are based worldwide, to perform international medical examinations, which evaluate the health of potential permanent and temporary residents.²³¹

In addition, the Health Management Branch provides health benefits and services to refugee protection claimants, Convention refugees, persons detained for immigration purposes, victims of trafficking in persons and dependents of these groups. This is done on humanitarian grounds through its Interim Federal Health (IFH) Program, which is a health insurance program managed by a third party insurance company.²³² Based upon a 1957 Order in Council, the IFH Program is intended to provide urgent and essential health services to the aforementioned groups, who are unable to pay for such services on their own.²³³ IFH benefits include basic health services similar to what is provided to other Canadian citizens and residents through provincial health plans, as well as supplemental health services that are offered to persons on social assistance in varying provinces such as dental care; essential prescription medications; and vision care.²³⁴

Officials appearing before the Committee articulated that as CIC provided its health services through the IFH Program, its roles and responsibilities were related to the management of this insurance program rather than to health care delivery. As such, they do not have a direct role in issues related to the recruitment and retention of health human resources. However, they indicated that many of the increases in costs associated with the

229 Ibid.

230 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf, p. 312.

231 Ibid, p. 314.

232 House of Commons Standing Committee on Health, Evidence, No. 16, 3rd Session, 40th Parliament, May 11, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA_EV16-E.PDF.

233 Public Health Agency of Canada, Canadian Lung Association, Canadian Thoracic Society, "Canadian Tuberculosis Standards, 6th Edition," http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_e.pdf, p. 314.

234 Ibid.

IFH Program were related to challenges in health care delivery in provincial and territorial health care systems, including gaining access to health care providers.²³⁵

(vi) Committee Observations

The Committee believes that the federal government has a leadership role to play in addressing key HHR challenges facing the population groups for which it has direct responsibility. However, the Committee also recognizes that federal government departments and agencies face unique challenges in delivering health care to these population groups, as many have complex health needs particularly in the area of mental health. While the Canadian Forces and Veterans Affairs Canada have established innovative strategies to provide the HHR necessary to treat mental health problems, the Committee also heard that in deployment situations members of the Canadian Forces did not have access to clinical psychologists, only psychiatrists due to the size constraints of deployment forces.²³⁶ In addition, the RCMP has only just begun to develop its own wellness strategy to address the mental health needs of their members. Meanwhile, Correctional Service Canada continues to face difficulties in reducing the vacancy rates for its psychology positions.

The Committee heard that these federal departments and agencies were cooperating in the context of the Federal Health Care Partnership to address common problems related HHR, including: compensation issues and recruitment and retention. The Committee believes that the members of the Federal Health Care Partnership could also work together in this forum to address common HHR issues and share best practices related to the provision of mental health care treatment and supports, including: case management, data collection, the recruitment and retention of mental health professionals, and tools for mental assessment.²³⁷ The Committee therefore recommends:

235 Ibid.

236 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 4, 3rd Session, 40th Parliament, March 23, 2010 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESAEV04-E.PDF>, p.13

237 In its annual report that was submitted to the Committee, the Federal Healthcare Partnership indicated that it had established a mental health working group to provide a forum for inter-organizational dialogue and information-sharing concerning mental health services, programs and policies. While the mental health working group held several meetings, the report articulated that the working group did not receive enough funding to undertake all of its planned activities. Government of Canada, Federal Healthcare Partnership, "FHS-PFSS Annual Report 2008-2009," p. 18.

Recommendation 21:

That the Federal Health Care Partnership ensure that its Mental Health Working Group has sufficient funds to undertake collaboration in addressing common health human resource issues related to the provision of mental health care treatment and support, including: case management, the recruitment and retention of mental health professionals, and tools for mental health assessment.

Recommendation 22:

That the RCMP continue to enhance the following components of its workplace development and wellness strategy: case management and data collection, training of health care professionals in the experiences of members of the RCMP, development of mental health assessment tools, the recruitment and retention of mental health professionals with expertise in trauma.

CHAPTER 8: HIGHLIGHTING BEST PRACTICES IN RECRUITMENT AND RETENTION IN RURAL AREAS

Introduction

According to 2006 Census data, 20% of the Canadian population lives in rural areas, which are defined by Statistics Canada as including towns and communities with a population of 1,000 or greater that are also outside of areas with more than 400 persons per square kilometer.²³⁸ Studies by CIHI have indicated that populations in rural areas experience on average poorer health outcomes than the rest of the Canadian population, as both women and men living in these areas have lower life expectancy rates and face overall higher mortality risks related to circulatory diseases, injuries and suicide.²³⁹ Researchers link these health outcomes to the fact that rural residents of Canada are more likely to face poorer socio-economic conditions, to have lower educational attainment and exhibit less healthy behaviours related in particular to smoking and eating.²⁴⁰ In addition, access to health care in rural areas remains a persistent problem, which is due in part to insufficient health professionals located in those areas.²⁴¹ In 2004, approximately 16% of family physicians and 2.4% of specialists were located in rural areas and small towns in Canada, while 21.1% of the Canadian population resided in those same areas.²⁴²

This chapter highlights innovative initiatives currently underway that are aimed at increasing the number of health professionals providing care to Canada's rural populations. It also identifies potential avenues for federal leadership in addressing health human resource issues in rural areas.

Best Practices in the Recruitment and Retention of HHR in Rural Areas

According to witnesses appearing before the Committee, there are three main factors that are most strongly associated with students entering rural practice after education and training: having a rural upbringing; positive clinical and educational experiences at the undergraduate level; and targeted training for rural practice at the

238 Statistics Canada, "Population urban and rural, by province and territory", <http://www40.statcan.gc.ca/cbin/fl/cst/printflag.cgi>.

239 CIHI, "Canada's Rural Communities: Understanding Rural Health and Its Determinants", 2006, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural_canadians_2006_report_e.pdf, p. ii.

240 Ibid. p. v.

241 CIHI, "Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where", 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_e.pdf, p.1.

242 Ibid. p. viii.

postgraduate level, including residency programs that prepare medical students to practice in rural areas.²⁴³

The Committee heard that these three factors were being addressed in Canada through the establishment of medical schools dedicated to practice in rural and remote areas. For example, the Committee heard that the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) has developed a model of medical education and health research that aims to prepare graduates to have the knowledge and skills necessary to pursue a medical career in northern Ontario or a similar northern rural, remote, Aboriginal or francophone environment.²⁴⁴ It does so by focusing on selecting students that have a particular interest in rural medicine, as well as reflect the populations that they will eventually serve. Approximately 90% of the students have grown up in northern Ontario, while between 40 to 50% are from rural and remote areas and 6 to 11% are from Aboriginal communities.²⁴⁵ The NOSM also offers a curriculum that focuses on rural medicine, interprofessional education, and Aboriginal health. The Committee also heard that the Rural Ontario Medical Program offers targeted training programs in family medicine that are located in rural communities, these programs often result in trainees pursuing their residencies in those same areas in 85% of cases.²⁴⁶

In addition to developing innovative education models for rural medicine, witnesses also outlined strategies that would improve the retention of physicians in rural areas. This included providing health professionals with the opportunity to undertake clinical teaching through rural medical schools that keep them engaged in the community.²⁴⁷ Furthermore, witnesses stressed the need for continuing education and training for rural health professionals either through distance learning programs or facilitating the provision of supports such as locums that enable physicians to travel in order to upgrade their skills.²⁴⁸

Finally, witnesses discussed the importance of financial incentives in the recruitment and retention of health professionals in rural areas. Witnesses articulated that financial incentives need to focus on providing higher levels of compensation to rural health professionals because of their broader scopes of practice and higher levels of responsibility, rather than perceptions regarding the possible constraints associated with living in rural and remote areas.²⁴⁹ Moreover, witnesses articulated that financial incentives should be distributed throughout the careers of health professionals living in those areas, as the provision of large sums at the beginning do not encourage retention over the long

243 House of Commons Standing Committee on Health, *Evidence*, No. 6, 3rd Session, 40th Parliament, March 30, 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4393630/HESAEV06-E.PDF>, p. 1.

244 Ibid.

245 Ibid, p. 2.

246 Ibid, p. 4.

247 Ibid, p. 4.

248 Ibid, p. 7.

249 Ibid, p. 8.

term and create divisions, when established health professionals in the same community do not receive the same levels of financial compensation.²⁵⁰

Witnesses highlighted the need for stakeholders to collaborate to promote best practices in the recruitment and retention of health professionals in rural and remote areas, including examining the rural health education models across the country and best practices in other jurisdictions.²⁵¹ They articulated that this could best be done through a national conference on rural health funded by the federal government.²⁵² They further suggested that the findings and recommendations emerging from this conference could then serve as the basis for a pan-Canadian rural health strategy.²⁵³

Committee Observations

The Committee recognizes that the federal government does not play a direct role in health care delivery in rural and remote areas, except in the case of on reserve First Nations and Inuit communities. However, the Committee supports witnesses in their view that the federal government could support collaboration with interested jurisdictions in the area of rural health and health human resources. The Committee's study revealed that there are excellent health education models that are promoting rural medicine across the country. The Committee also learned that these types of rural health education models serve as concrete examples of some of the recommendations and guidelines on recruitment and retention of rural health professionals that will be presented to the upcoming World Health Assembly held in May, 2010.²⁵⁴ The Committee therefore recommends:

Recommendation 23:

That Health Canada host a national conference on rural health to bring together stakeholders to discuss best practices and develop recommendations in rural health, education and the recruitment of health human resources.

Recommendation 24:

That Health Canada provide targeted funding to support initiatives aimed at increasing the number of students pursuing careers in rural health, such as: scholarships and bursaries for students of rural background that would like to pursue health careers in rural areas.

250 Ibid.

251 Ibid, p. 4.

252 Ibid.

253 Ibid, p. 13.

254 Ibid, p.6

Recommendation 25:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources consider establishing a working group dedicated to examining and responding to best practices in the recruitment and retention of HHR in rural and remote areas, including: the guidelines and recommendations presented by the WHO's expert panel at the World Health Assembly in May 2010.

CHAPTER 9: AN EXAMINATION OF THE UNIQUE HHR NEEDS, CHALLENGES AND INNOVATIONS IN THE NORTH

Introduction

The Committee sought to examine firsthand the unique HHR needs, challenges and innovations in Canada's northern territories through a fact-finding mission to Iqaluit and Rankin Inlet in Nunavut from May 24 to 26, 2009. During the course of its visit, the Committee met with the Government of Nunavut's Health and Social Services (HSS) Department officials, as well as local health professionals during its site visits of local hospitals and community health centers. This chapter highlights the unique HHR challenges related to health care delivery in the North, as well as local solutions developed to meet the health and cultural needs of northern populations.

Health Care Delivery in the North

During its visit to Nunavut, the Committee learned that health care delivery in the North was substantially different than in the rest of Canada. According to Department officials, Nunavut has one full service hospital with surgical facilities, Qikiqtani General Hospital located in Iqaluit and two regional health centers with expanded services and full time family physician coverage located in both Rankin Inlet and Cambridge Bay. Other communities have community health centers that are staffed by nurses who have 24/7 access to physician back-up in Iqaluit. The Committee also heard that two continuing care facilities with 20 beds will also be opening in Nunavut.

The Committee learned that primary care is very different for family physicians and nurses in Nunavut than it is for other regions in Canada. The Committee heard that there are 24 full-time equivalent family physicians or general practitioners in Nunavut, with 14 located in Iqaluit and the others travelling to communities across the territory. Department officials indicated that many of these physicians were working in Nunavut temporarily on locums. Meanwhile, the Committee heard that specialists also come to Nunavut on a short term rotational basis. As a result, primary care in Nunavut is primarily delivered by nurses, while family physicians frequently act as consultants to the nurses. Physicians only take over primary care in difficult cases and provide other services, including obstetrics, anaesthesia and managing patient care.

As a secondary or tertiary care is only available in certain communities in Nunavut, the Committee heard that many people must leave their home communities to receive these services. Consequently, the HSS Department has established three main North-South transportation routes for patients needing secondary or tertiary care outside of Nunavut's three main regions: Qikiqtani Baffin Region (East), Kivalliq Region (Centre) and Kitikmeot Region (West). The Committee heard that Kitikmeot Region sends patients to Yellowknife or Edmonton; patients from the central region travel to Winnipeg; and patients from the Baffin region travel either to Iqaluit or Ottawa for treatment. As a result, medical

travel constitutes a significant portion of the HSS Department's budget: approximately \$50 million annually or about 18.5% of the total budget. However, department officials indicated that they expected travel costs to decline with the increased use of telehealth.

HHR Challenges in the North

The Committee heard that Nunavut faced unique challenges in the recruitment and retention of health professionals. During their site visit of the Qikiqtani General Hospital, the Committee learned that the hospital had difficulties recruiting and retaining staff because there was a lack of housing in Iqaluit. The hospital administrator pointed out that with the short building season of approximately four months and the high demand for housing in Iqaluit, very few housing units are available to offer to potential nurses and physicians. The Committee also heard that despite an aggressive recruitment strategy, Nunavut was unable to offer sufficient bonuses and incentives to recruit health professionals to the region. In particular, the hospital administrator indicated that Nunavut was unable to offer sufficient vacation travel allowances, which enable physicians and nurses to travel outside of Nunavut for vacation and continuing education. The Committee also heard that the Qikiqtani General Hospital is currently facing staffing shortages of 40%, while only 54% of nursing positions in Nunavut remain filled.

With respect to the recruitment of physicians, HHS Department officials indicated that licensure requirements were a barrier to practice for physicians from other regions in Canada. However, they noted that the Agreement on Internal Trade was a positive step in harmonizing licensing requirements for physicians across the country. Furthermore, they saw the Mutual Recognition Agreement signed by Ontario and Quebec, allowing for the mutual recognition of physician credentials in both provinces, as a possible solution for Nunavut.

In terms of the recruitment and retention of local populations into the health workforce in Nunavut, the Committee heard that many Inuit students face barriers in pursuing health careers at Nunavut Arctic College. Administrators of Nunavut Arctic College pointed out that very few Inuit students are able to attain their high school diploma, a pre-requisite for entering the nursing program. Moreover, many students face the challenge of studying nursing in their second language of English, rather than their native tongue. Many students at the College are also mature students with competing family obligations. The Committee heard that though the Arctic College was successful in training many nurses despite these barriers, approximately 30% did not remain in Nunavut, but rather sought positions in other parts of Canada.

Administrators at the Qikiqtani General Hospital indicated that the employment of local staff also presented its unique challenges. They articulated that many Inuit staff were reluctant to take on management roles in the hospital because it would venture beyond the scope of practice in which they were trained. Furthermore, they indicated that many were uncomfortable in taking on a role that could require them to reprimand other staff for poor work performance, who could also be fellow community, and possibly family, members.

Finally, Department officials spoke against the recruitment of IEHPs as a possible solution to HHR shortages in the North. The officials indicated that though they had signed a contract for 100 nurses from the Philippines, very few of them passed the exam enabling them to practice in Canada. Moreover, the cultural challenges IEHPs face are significant as they would have to adapt to health care delivery in the North to a very specific population group. Further, the scope of practice required in Nunavut far exceeds the training and capacity of many foreign-trained nurses. Departmental officials emphasized however that those nurses who had overcome these challenges were some of the best nurses in the territory. Department officials therefore recommended that IEHPs should undergo at least one year of training or practice in southern Canada before entering practice in Nunavut.

In order to address some of these challenges, Department officials recommended that federal funding through the Territorial Health System Sustainability Initiative and the Medical Travel Fund be sustained. They further recommended that federal funding to Nunavut take into account the differences between the challenges faced by the Inuit living in the North and First Nations population groups living in the South.

HHR Innovations in the North

Through its various site visits, the Committee learned of various programs and initiatives that have been developed to meet the local population health and cultural needs. The Committee learned about Nunavut Arctic College's mental health councillor program aimed at training students to address the mental health needs of the local population, including addictions, suicide and legacies from residential schools. Students in the program were also mentored by traditional healers to help better integrate them into the community. In addition, Nunavut Arctic College had also developed laddering programs where students learned how to transfer and build upon the health related skills that they had developed in one health profession and apply them to a more advanced health related career. For example, students trained as home care workers were able to build upon their existing training as a launching pad for entering into nursing. The Committee also visited the Rankin Inlet Birthing Program located at the Kivalliq Wellness Centre, which provides family-centered care to pregnant women in the community. The Birthing Program is an initiative of local Inuit women, who wanted to enable women to give birth in their communities with traditional birthing practices. At the Wellness Centre, midwives provide comprehensive pre- and post-natal care along with counselling to women with low risk pregnancies. Delivery is then performed at the Kivalliq Health Centre²⁵⁵ with the help of the midwives. Staffed by two permanent registered midwives, one casual registered midwife, and one maternity care worker, the Committee was pleased to learn that the program strives to incorporate traditional customs into the birthing practices, including involving fathers and traditional non-registered midwives.

255 The local hospital in Rankin Inlet.

Committee Observations

Through its fact-finding mission, the Committee gained insight into the particular HHR challenges facing Canada's northern populations in the areas of recruitment and retention and health care delivery. The Committee also learned that many of the health challenges in the North, including rising rates of diabetes, obesity, sexually transmitted infections (STIs) were linked to the broad determinants of health, such as poverty, access to healthy food, and loss of identity and culture related issues. These comments suggest that a broad approach towards addressing HHR challenges in the North is necessary, including focusing on health professionals that use preventative approaches and promote mental health and overall wellness, as well as addressing other determinants of health such as poverty. The Committee learned that the health challenges faced by northern populations also needed to be understood as distinct from those of First Nations living in south, as well as other Canadians. This is due in part to geography, which limits access to low cost healthy foods that can lead to poor health outcomes such as diabetes, dental problems and obesity, as well as hinders access to care and treatment for populations living in remote communities. The Committee therefore recommends:

Recommendation 26:

That Health Canada, Indian and Northern Affairs Canada, and the Public Health Agency of Canada utilize health professionals and program officers with expertise in food security and recreation as part of their programming in Nunavut..

Recommendation 27:

That the Government of Canada consider sustaining its funding of the Territorial Health System Sustainability Initiative and the Medical Travel Fund beyond 2012.

Recommendation 28:

That the Government of Canada continue to take into account the differences between the challenges faced by the Inuit living in the North and First nations populations living in the South in its funding decisions.

Recommendation 29:

Over the course of its fact-finding mission in Nunavut, the Committee heard of the difficulties faced by Inuit living in Nunavut in gaining access to spots in provincial faculties of medicine, the Committee therefore would like to bring this to attention of the Association of Faculties of Medicine Canada and requests their feedback on this issue.

CONCLUSION

The Committee learned that many innovative initiatives are underway to address HHR challenges in Canada, including in the areas of interprofessional collaborative practice, health information technology, health education models for rural medicine, and bridging programs for Aboriginal students and IEHPs. It is clear from the Committee's study that thinking boldly and broadly about HHR is necessary to develop local and unique solutions that involve a wide range of health professionals from midwives to health information managers. The Committee learned that these innovative solutions have been made possible by continued collaboration and financial investments made by the federal government and the provincial and territorial governments, which began with the 2003 and 2004 agreements on health care reform. However, it remains clear that sustained results in addressing HHR challenges in Canada requires on-going collaboration between different levels of government, as well as leadership from the federal government in providing sustained and secure funding mechanisms geared towards: primary care reform, increasing the capacity of the health education system to train and integrate internationally educated health professionals, and increasing the number of Aboriginal health human resources. The federal government needs to be more effective in its promotion of collaborative planning in HHR with interested jurisdictions, either through existing mechanisms or the establishment of new ones. Its collaborative planning efforts and funding initiatives furthermore need to be linked with specific targets in order to be able to measure progress. Finally, the federal government also has a role to play in promoting the cultural shift towards IPC by addressing barriers to inter-professional care within its own jurisdiction. Moreover, it must continue to work hard to ensure that the population groups for which it has direct responsibility have access to the health professionals that they need. Without these changes, health care reform in Canada could remain merely a pilot project.

LIST OF RECOMMENDATIONS

Recommendation 1:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Care Delivery and Human Resources to consider the feasibility and appropriateness of either expanding its membership to include a wider range of stakeholders and broadening its mandate to allow for the development of an inventory of data and research on best practices in addressing HHR challenges in Canada; or establishing a new arm's length national observatory on health human resources with a broad-based membership that would promote research and data collection on HHR; serve as an effective knowledge translation mechanism; and identify key priorities for future research.

Recommendation 2:

The ACHDHR report on the implementation of A Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning, including progress towards its short, medium and long-term objectives.

Recommendation 3:

Health Canada seriously consider providing funding through its Pan-Canadian Health Human Resource Strategy to enable CIHI to:

- expand its data collection to include demographic and work information on all categories of health professionals;
- repeat national HHR surveys as necessary so that they remain up to date.

Recommendation 4:

Relevant federal government departments and agencies work closely with CIHI to establish a minimum data set for HHR planning for all federal client groups, including: First Nations and Inuit; RCMP; veterans; members of the Canadian Forces; immigrants and refugees; and federal inmates.

Recommendation 5:

The federal government seriously consider providing CIHR with funding to develop further mechanisms aimed at supporting clinical

research in the area of HHR, recognizing it as a means of attracting and retaining health professionals in Canada.

Recommendation 6:

The federal government continue to provide the Health Council of Canada and CIHR with funding to determine the most appropriate mix of health professionals, both paid and unpaid, for different communities and population groups.

Recommendation 7:

The federal government identify and address systemic barriers to the implementation of interprofessional collaborative practice within its jurisdiction, including its responsibilities as the employer of the federal public service and the health benefits and services it offers to federal client groups, including: First Nations and Inuit; RCMP; veterans; immigrants and refugees; federal inmates; and members of the Canadian Forces.

Recommendation 8:

The federal government consider the possibility of establishing sustained funding mechanisms devoted to promoting interprofessional collaborative practice within the provinces and territories.

Recommendation 9:

That Health Canada continue to provide sustained funding to bridging, adaptation and transitional licence programs for IEHPs, as well as community-based preceptorship programs in which practicing physicians assess and mentor IMGs.

Recommendation 10:

That Health Canada work with relevant stakeholders to ensure that the federally funded bridging programs that offer supervised clinical training over an extended period of time be included as part of the assessment of an IEHP's credentials and training.

Recommendation 11:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources consider conducting an in-depth study examining IMG access to postgraduate training positions in Canada, including issues such as: capacity and funding within the medical education system for positions, or alternative supervised clinical placements,

an evaluation of the residency matching system for IMGs, and the position of visa residents within the system; and that the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources report the findings of its study on postgraduate training positions for IMGs.

Recommendation 12:

Recognizing the pre-existing cultural competency of Canadian citizens that went abroad to study medicine, that the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources work with relevant stakeholders to identify ways to improve the assessment and integration of these IMGs into postgraduate medical training in Canada.

Recommendation 13:

That the Government of Canada establish an initiative to repatriate Canadian physicians practicing abroad; an initiative that would bring back as many as 300 physicians.

Recommendation 14:

That the Government of Canada consider providing targeted funding to the provinces and territories to increase the capacity of medical schools and teaching hospitals to play a constructive role in integrating IMGs and other medical graduates into the health care system.

Recommendation 15:

That the Government of Canada keep its 2008 commitment to fund 50 new residencies per year over four years at a cost of \$40 million.

Recommendation 16:

That the Government of Canada consider a requirement that physicians seeking to immigrate to Canada include the results of the MCC Evaluation Exam as part of their immigration application to Canada so that the Government of Canada could use the exam results as part of their criteria in evaluating the candidate.

Recommendation 17:

That Health Canada provide secure and stable funding for Aboriginal Health Human Resources, including support for programs and initiatives such as: bridging, mentoring and outreach programs; scholarships; organizations providing leadership in this area; and

initiatives supporting the recruitment and retention of a broad range of health professionals including: midwives, community health representatives, traditional healers, health promotion experts, and addiction counsellors.

Recommendation 18:

That Health Canada review its project-based funding model under the Aboriginal Health Human Resources Initiative to determine whether it is meeting the needs of stakeholders and on reserve First Nations and Inuit communities.

Recommendation 19:

That Health Canada continue to increase its focus on retention of health professionals in on reserve First Nations and Inuit communities, while respecting the institutions and initiatives already in place; and in particular, addressing issues related to cultural concerns and the pay scale of health professionals in those communities.

Recommendation 20:

That Health Canada consider enhancing its collaboration with Indian and Northern Affairs Canada, other relevant departments, and organizations such as: Indigenous Physicians Association of Canada, the Aboriginal Nurses Association of Canada and the National Aboriginal Health Organization, to promote careers in health sciences at all education levels, including: primary, secondary and post-secondary education.

Recommendation 21:

That the Federal Health Care Partnership ensure that its Mental Health Working Group has sufficient funds to undertake collaboration in addressing common health human resource issues related to the provision of mental health care treatment and support, including: case management, the recruitment and retention of mental health professionals, and tools for mental health assessment.

Recommendation 22:

That the RCMP continue to enhance the following components of its workplace development and wellness strategy: case management and data collection, training of health care professionals in the experiences of members of the RCMP, development of mental health assessment tools, the recruitment and retention of mental health professionals with expertise in trauma.

Recommendation 23:

That Health Canada host a national conference on rural health to bring together stakeholders to discuss best practices and develop recommendations in rural health, education and the recruitment of health human resources.

Recommendation 24:

That Health Canada provide targeted funding to support initiatives aimed at increasing the number of students pursuing careers in rural health, such as: scholarships and bursaries for students of rural background that would like to pursue health careers in rural areas.

Recommendation 25:

That the F/P/T Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources consider establishing a working group dedicated to examining and responding to best practices in the recruitment and retention of HHR in rural and remote areas, including: the guidelines and recommendations presented by the WHO's expert panel at the World Health Assembly in May 2010.

Recommendation 26:

That Health Canada, Indian and Northern Affairs Canada, and the Public Health Agency of Canada utilize health professionals and program officers with expertise in food security and recreation as part of their programming in Nunavut.

Recommendation 27:

That the Government of Canada consider sustaining its funding of the Territorial Health System Sustainability Initiative and the Medical Travel Fund beyond 2012.

Recommendation 28:

That the Government of Canada continue to take into account the differences between the challenges faced by the Inuit living in the North and First nations populations living in the South in its funding decisions.

Recommendation 29:

Over the course of its fact-finding mission in Nunavut, the Committee heard of the difficulties faced by Inuit living in Nunavut in gaining access to spots in provincial faculties of medicine, the

Committee therefore would like to bring this to attention of the Association of Faculties of Medicine Canada and requests their feedback on this issue.

APPENDIX A LIST OF WITNESSES

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION

Organizations and Individuals	Date	Meeting
As an individual	2010/03/23	4
Paulette Smith		
Department of National Defence		
H.W. Jung, Director General of Health Services, Commander of the Canadian Forces Health Services Group, Surgeon General and Queens Honorary Physician		
Department of Veterans Affairs		
Janet Bax, Executive Director, Federal Healthcare Partnership Secretariat		
Hilary Flett, Manager, Office of Health Human Resources, Federal Healthcare Partnership Secretariat		
Royal Canadian Mounted Police		
Rich Boughen, Acting Director General, Occupational Health and Safety Branch		
Murray Brown, Staff Relations Representative, Occupational Health & Safety		
Alain Tousignant, Acting Assistant Chief, Human Resources Officer and Chief Learning Officer		
Aboriginal Nurses Association of Canada	2010/03/25	5
Rhonda Goodtrack, Director of Education, Secretary-Treasurer		
Audrey-Claire Lawrence, Executive Director		
First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission		
Michel Deschênes, Policy Analyst		
Isabelle Verret, Program Officer, Aboriginal Health and Human Resources Initiatives		
Indigenous Physicians Association of Canada		
Marcia Anderson, Past President		
National Aboriginal Health Organization		
Valorie Whetung, Director, First Nations Centre		
National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization	/	
Debbie Dedam-Montour, Executive Director		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Northern Ontario School of Medicine Roger Strasser, Doctor Rural Ontario Medical Program Michelle Hunter, Manager Peter Wells, Executive Director Society of Rural Physicians of Canada Lee Teperman, Administrative Officer John Wootton, President-elect	2010/03/30	6
Alberta International Medical Graduates Association Chander Hariramani, Treasurer, Alberta Ali Varastehpour, Vice-President, Edmonton Canadian Resident Matching Service Jim Boone, General Manager and Chief Executive Officer Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer J.A. Hildes Northern Medical Unit Bruce Martin, Doctor, Faculty of Medicine, University of Manitoba Medical Council of Canada Ian Bowmer, Executive Director and Chief Executive Officer	2010/04/01	7
Association of Canadian Academic Healthcare Organizations Glenn Brimacombe, President and Chief Executive Officer Jack Kitts, Chair of the Board, President and Chief Executive Officer of the Ottawa Hospital Association of Canadian Community Colleges Terry Anne Boyles, Vice-President, Public Affairs Rae Gropper, Consultant Canadian Association of Occupational Therapists Elizabeth Steggles, Assistant Professor, Project Coordinator, School of Rehabilitation Science, McMaster University, Insititute for Applied Health Sciences	2010/05/11	16

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Canadian Public Health Association Cordell Neudorf, Chair, Board of Directors	2010/05/11	16
Canadian Society for Medical Laboratory Science Christine Nielsen, Executive Director		
Correctional Service Canada Fraser Macaulay, Acting Assistant Commissioner, Human Resource Management Leslie MacLean, Assistant Commissioner, Health Services		
Department of Citizenship and Immigration Lise Scott, Director General, Health Management		
Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources Margo Craig Garrison, Federal Co-Chair Joshua Tepper, Provincial Co-Chair	2010/05/13	17
Department of Health Debra Gillis, Director, Primary Health Care, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch Abby Hoffman, Associate Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
Statistics Canada Gary Catlin, Director General, Health, Justice and Special Surveys Branch Jeff Latimer, Director, Health Statistics Division Sylvain Tremblay, Senior Analyst, Chief, Canadian Community Health Survey, Health Statistics Division		

APPENDIX B LIST OF WITNESSES

40th PARLIAMENT, 2nd SESSION

Organizations and Individuals	Date	Meeting
As an individual	2009/04/02	14
Mary Fernando, Physician		
Merrilee Fullerton, Physician		
Peter Kuling, Physician		
Department of Citizenship and Immigration		
Corinne Prince St-Amand, Executive Director, Foreign Credentials Referral Office		
Department of Health		
Kathryn McDade, Director General, Health Care Policy Directorate, Strategic Policy Branch, Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources		
Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch		
Department of Human Resources and Skills Development		
Brendan Walsh, Manager, Labour Mobility and Immigration Portal		
Carol White, Director General, Labour Market Integration		
Canadian Health Services Research Foundation	2009/04/23	16
Maureen O'Neil, President and Chief Executive Officer		
Canadian Institute for Health Information		
Jean-Marie Berthelot, Vice-President, Programs and Executive Director, Quebec Office		
Francine Anne Roy, Director, Health Resources Information		
Canadian Institutes of Health Research		
Alain Beaudet, President		
Health Council of Canada		
JohnG. Abbott, Chief Executive Officer		
Jeanne Besner, Chair		
Canadian Chiropractic Association	2009/04/28	17
Deborah Kopansky-Giles, Associate Professor, Canadian Memorial Chiropractic College		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Richard Valade, President		
Canadian Federation of Nurses Unions	2009/04/28	17
Linda Silas, President		
Canadian Medical Association		
Owen Adams, Assistant Secretary General, Research, Policy and Ethics Directorate		
Robert Ouellet, President		
Canadian Nurses Association		
Lisa Little, Director, Public Policy		
Kaaren Neufeld, President		
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada		
Danielle Fréchette, Director, Health Policy and Governance Support		
Andrew Padmos, Chief Executive Officer		
Department of Citizenship and Immigration Canada	2009/11/02	41
Helga Loechel, Director, Foreign Credentials Referral Office		
Department of Health		
Kathryn McDade, Director General, Health Care Policy, Strategic Policy Directorate		
Department of Human Resources and Skills Development		
Jean-François LaRue, Director General, Labour Market Integration		
Canadian Alliance of Community Health Centre Associations	2009/11/18	44
Jack McCarthy, Chairperson		
College of Family Physicians of Canada		
John Maxted, Associate Executive Director, Health and Public Policy		
Local Health Integration Network		
Gary Switzer, Chief Executive Officer, Erie St.Clair		
Association of Faculties of Medicine of Canada	2009/11/25	46
Nick Busing, President and Chief Executive Officer		
Steve Slade, Vice-President, Research and Analysis		

Organizations and Individuals	Date	Meeting
Canadian Association of Naturopathic Doctors David Lescheid, Scientific Advisor, Government Relations Committee Paul Saunders, Vice-Chair, Government Relations Committee	2009/11/25	46
Canadian Pharmacists Association Jeff Poston, Executive Director		
Canadian Physiotherapy Association Michael Brennan, Chief Executive Officer		
BIOTECanada Peter Brenders, President and Chief Executive Officer	2009/12/07	49
Alberta International Medical Graduates Association Nicodeme Mugisho-Demu, Vice-President, Calgary	2009/12/09	50
Canadian Resident Matching Service Sandra Banner, Executive Director and Chief Executive Officer		
Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada Fleur-Ange Lefebvre, Executive Director and Chief Executive Officer		
Medical Council of Canada Ian Bowmer, Executive Director and Chief Executive Officer		

40th PARLIAMENT, 3rd SESSION

Organizations and Individuals

Aboriginal Nurses Association of Canada

Association for Access to Health Care Services

Canadian Public Health Association

Department of Veterans Affairs

National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization

Rural Ontario Medical Program

Society of Rural Physicians of Canada

APPENDIX D LIST OF BRIEFS

40th PARLIAMENT, 2nd SESSION

Organizations and Individuals

Association of Faculties of Medicine of Canada

Canadian Association of Naturopathic Doctors

Canadian Association of Occupational Therapists

Canadian Chiropractic Association

Canadian Federation of Nurses Unions

Canadian Health Services Research Foundation

Canadian Institute for Health Information

Canadian Medical Association

Canadian Nurses Association

Canadian Pharmacists Association

Canadian Physiotherapy Association

Fernando, Mary

Health Action Lobby (HEAL)

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 40th Parliament, 2nd session (Meetings Nos. 14, 16, 17, 41, 44, 46, 49 and 50) is tabled.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings for the 40th Parliament, 3rd session (Meetings Nos. 4, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 21 and 25) is tabled.

Respectfully submitted,

Joy Smith, MP

Chair

Ottawa's Incurable Disease: Interference

The Bloc Québécois would like first of all to thank all those individuals and groups from Quebec and Canada who appeared before the Committee with regard to Health Human Resources (HHR). Naturally, the Bloc Québécois questions why such a topic should be considered by the House of Commons.

In its report, the Standing Committee on Health “agreed that the jurisdictional complexities involved in HHR would be respected during the study, including recognition of the fact that the Province of Quebec considers HHR planning as its exclusive provincial responsibility and therefore does not participate in current pan-Canadian initiatives related to HHR.” The logical choice would have been to explicitly exclude Quebec from the report’s recommendations. Despite all the evidence presented, the federalist parties flatly refused the Bloc Québécois’s request to do so.

We must conclude that once again Ottawa is suffering from an incurable disease: interference. There is no denying that the divide between Quebec and the rest of Canada is growing steadily. These two irreconcilable visions are constantly clashing, with Canada seeking to interfere in matters over which it does not have jurisdiction and Quebec having to constantly defend itself against these attacks on its sovereignty. Let us be clear though that health services have always been and remain under Quebec’s exclusive jurisdiction, regardless of the specific issue in question.

1. Health human resources: a huge challenge

The members of the Bloc Québécois do of course recognize the challenge posed by the shortage of health human resources (HHR) in Quebec and in Canada. In 2009, in Quebec alone, there were some 5,000 vacancies to be filled¹ in health services, and the needs in this field are growing steadily, especially with the ageing population.

In its report, the Standing Committee on Health suggests measures that the federal government could take with regard to HHR. Apparently the Bloc Québécois has not repeated it often enough that HHR planning falls under Quebec’s exclusive jurisdiction. Appearing before the Committee, Joshua Tepper, Provincial Co-chair, Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources, noted that Quebec is a “leader[s] in numerous ways in health human resources.”² Not only has

1

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/248460/penurie-de-main-d-oeuvre-le-pire-est-a-venir>

2

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=4531758&Mode=1&Parl=40&Session=3&Language=E>

Quebec always been excluded from HHR agreements, it has already taken various measures to address the shortage of qualified health workers within its borders.

2. A question of jurisdiction

Let us recall that, in the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal, Quebec decided not to participate in developing the Framework for Collaborative Pan-Canadian Health Human Resources Planning, the purpose of which was to determine provincial HHR requirements and to establish the Pan-Canadian Health Human Resource Strategy. This accord led to the adoption of the 10 Year Plan to Strengthen Health Care by federal, provincial and territorial first ministers in September 2004.

For its part, Quebec signed a separate agreement with Canada under this accord to enable it to "exercise its own responsibilities with respect to planning, organizing and managing health services within its territory."³ Quebec is already meeting its commitments in this regard since a number of cooperation mechanisms are in place, including FPT issue tables, formal and specific agreements and regular and ongoing contact with the provincial governments and the federal government.

In short, it is up to Quebec to establish its own human resources strategies in order to address such issues as wait times and the shortage of qualified health care workers. Quebec is nonetheless open to sharing information and best practices in this regard with other governments, including the Canadian Institute for Health Information.

3. Acting within its jurisdiction

The report of the Standing Committee on Health recognizes the complexity of managing HHR issues in Canada given that Quebec "does not participate in current pan-Canadian initiatives related to HHR." Yet despite the Bloc Québécois's best efforts to reach a compromise, the Committee categorically refused to exclude Quebec from the report, whether with the intent of undermining it or for lack of understanding of the issues. The Bloc Québécois accordingly feels compelled to contest the vast majority of the recommendations that directly interfere in matters under Quebec's jurisdiction.

The Bloc Québécois does of course acknowledge and appreciate the fact that the Committee has given serious considerations to matters under its jurisdiction. Yet it deplores that the Committee has once again deviated from its original mandate for health care, which involves services to such groups as

3

"Asymmetrical Federalism that respects Quebec's Jurisdiction," Health Canada, 15 September 2004, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-eng.php

Aboriginal communities, veterans, the military, federally sentenced offenders and the RCMP.

Instead of trying to extend its jurisdiction into matters in which it has no expertise, the federal government should have focused on its own clients such as the First Nations and Inuit, where the HHR shortage is much more acute than in the general population in Canada. The federal government faces major challenges in this regard, as it has a constitutional responsibility for providing health care to these groups.

4. Spending power

The report also refers to the federal government's supposed "spending power" in the section on the federal government's role. The report notes that the federal government may take action with respect to health care by virtue of its constitutional spending power. Yet Quebec has always maintained that this "spending power" does simply not exist and that federal initiatives in areas under Quebec's jurisdiction are unconstitutional. Quebec has always contested this view of federalism. In short, the Bloc Québécois could not leave this reference in the report unchallenged.

5. Process well underway in Quebec

Quebec is already taking its own initiatives and must receive its fair share of the funding earmarked for federal HHR initiatives, in accordance with its constitutional areas of jurisdiction and the 2004 ten-year plan. Here are three examples of measures taken in Quebec in this regard.

i) Recognition of foreign credentials

Appearing before the Committee, Corinne Prince St-Amand, Director General, Foreign Credential Referral Office, Department of Citizenship and Immigration, recalled that "In Canada, the provinces and territories are responsible for assessing and recognizing credentials."⁴

In Quebec, the recognition of physicians' credentials is the exclusive responsibility of the *Collège des médecins du Québec* (CMQ), which applies specific criteria, including competency in French. The federal government simply does not have the authority to overstep Quebec's exclusive jurisdiction in order to change the process for the recognition of the foreign credentials of physicians wishing to practice in Quebec.

4

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3806734&Mode=1&Parl=40&Ses=2&Language=E>

As to the shortage of physicians, Quebec is in negotiations with Ontario and other provinces and with France regarding workforce mobility. On 17 October 2008, Quebec signed the Quebec-France Understanding on the Mutual Recognition of Professional Qualifications, the first such agreement between Europe and America. Professional bodies in Quebec, in other provinces and in France will have to agree on the recognition of their qualifications, including the requisite postsecondary education and the additional training required for that recognition. These negotiations have so far led to the signing of mutual recognition arrangements (MRAs) for 54 occupations and trades in France and Quebec.⁵ These arrangements fall under provincial jurisdiction and the federal government may not interfere in them.

ii) Recruitment for rural and remote areas

The underrepresentation of socioeconomically disadvantaged and rural groups at medical schools is a threat to accessible and quality health care for all Canadians, especially in the regions. The situation is somewhat different in Quebec however, which has frozen tuition fees and taken initiatives to increase the skilled workforce in the regions.

In 2003, for example, the Government of Quebec established a tax credit to recruit young graduates to work in the regions as a way of countering the exodus of young people and the shortage of skilled workers. This tax credit is equivalent to 40% of the salary an eligible young graduate would earn during the first year, up to a maximum of \$8,000. This program has been very popular, with some 10,000 people taking advantage of it every year since its inception, the vast majority of whom might not have taken their first job after graduation in the regions had it not been for this Quebec tax incentive.

To continue to attract young workers to the regions, the Bloc Québécois has twice introduced a bill to establish a tax credit for young graduates who work in the regions, based on the model developed in Quebec. Bill C-288 is currently before the Senate. Moreover, to keep medical school accessible to all Quebecers, the Bloc Québécois reiterates its demand that the federal government transfer to Quebec the \$800 million shortfall under the Canada Social Transfer.

iii) Clinical research

Quebec and the provinces of course also have jurisdiction over basic and clinical health research. The Bloc Québécois considers research to be one of the most promising avenues and that it must be supported. It is therefore calling on the federal government to substantially increase research budgets and to transfer them

5

"Mobilité de la main-d'oeuvre - Le premier *ministre* du Québec et la consule générale de France annoncent la signature de 26 nouveaux ARM entre le Québec et la France," Canada Newswire, 3 June 2010.

to Quebec so it can in turn allocate the funding in accordance with its own policies and terms and conditions.

Appearing before the Committee, even the President of the Canadian Institute for Health Information, Alain Beaudet, maintained that the jurisdiction of Quebec and the provinces must be respected. "If we want to conduct effective clinical research in health services, epidemiology in particular, we have no choice but to work closely with the provinces. [...] In Quebec, this would be the Fonds de la recherche en santé du Québec."⁶ The Bloc Québécois considers this to be the absolute minimum; the funding invested in research must be transferred to Quebec, with no conditions attached.

In short there are many ways of demonstrating the federal government's constant interference in an area that is clearly under the jurisdiction of Quebec and the provinces. The Bloc Québécois concludes therefore that the federal government is truly suffering from the incurable disease of interference.

The Bloc Québécois therefore recommends:

- **That if the federal government takes action to address the HHR shortage these actions shall not be binding on Quebec;**
- **That the federal government's HHR initiatives must give Quebec the right to opt out with full compensation, and without conditions.**

- Que les initiatives du gouvernement fédéral en matière de ressources humaines en santé doivent être assorties d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions pour le Québec.

la grande majorité ne se serait peut-être pas installée en région pour y occuper un premier emploi à la fin de ses études si ce n'était grâce à cette mesure québécoise.

Pour continuer à attirer la relève en région, le Bloc Québécois a déposé deux fois un projet de loi visant à introduire un crédit d'impôt pour les nouveaux diplômés travaillant en région en s'inspirant du modèle développé au Québec. Le projet de loi C-288 est d'ailleurs présentement étudié au Sénat. De plus, afin que les études en médecine restent accessibles à toute la population québécoise, le Bloc Québécois réitère sa demande voulant que le gouvernement fédéral transfère au Québec le manque à gagner de 800 millions de dollars dans le cadre du Transfert canadien en matière de programmes sociaux.

iiii) Recherche clinique

Evidemment, qu'il s'agisse de la recherche fondamentale ou clinique dans le domaine de la santé, celle-ci relève également du Québec et des provinces. Pour le Bloc Québécois, la recherche constitue une des voies les plus prometteuses et doit être supportée. En ce sens, il réclame que le gouvernement fédéral augmente de façon substantielle les budgets alloués à la recherche et les transfère au Québec afin que celui-ci puisse les distribuer selon ses propres orientations et modalités.

En Comité, même le président des Instituts de recherche en santé du Canada, Alain Beaudet, confirmait la nécessité de respecter les champs de compétence du Québec et des provinces. « Si on veut mener une recherche clinique efficace en services de santé, en épidémiologie en particulier, on ne peut le faire qu'en étroite collaboration avec les provinces [...] Au Québec, c'est le Fonds de la recherche en santé du Québec ». Pour le Bloc Québécois, il s'agit du strict minimum; l'argent investi en recherche devant être transféré au Québec, et ce, sans conditions.

Bref, les arguments ne manquent pas pour démontrer la constante volonté du gouvernement fédéral de s'immiscer dans une compétence qui relève clairement du Québec et des provinces. C'est ainsi que le Bloc Québécois en vient à la conclusion que le gouvernement fédéral est bel et bien atteint de l'ingérence, une maladie incurable.

Le Bloc Québécois recommande donc:

- **Que si le gouvernement fédéral entreprend des actions pour pallier au manque de ressources humaines en santé, ces actions ne soient pas contraignantes pour le Québec;**

la reconnaissance des titres de compétences est du ressort des provinces et territoires⁴. »

Au Québec, la reconnaissance des compétences des médecins est exclusivement dévolue au Collège des médecins du Québec (CMQ) et celui-ci a des critères particuliers à faire respecter, notamment la maîtrise de la langue française. Le gouvernement fédéral n'a simplement aucune légitimité pour outrepasser la compétence exclusive du Québec afin de modifier le processus de reconnaissance des compétences des médecins étrangers qui veulent pratiquer en territoire québécois.

Au sujet de la pénurie de médecins, le Québec est en négociation avec certaines provinces, dont l'Ontario, et la France afin de permettre la mobilité de la main d'œuvre. Le 17 octobre 2008, le Québec signait l'Entente Québec-France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, une première entre l'Europe et l'Amérique. Les Ordres professionnels du Québec, des autres provinces et de la France devront s'entendre sur la reconnaissance de leurs compétences, incluant les études postsecondaires nécessaires, et de la formation additionnelle qui serait nécessaire à leur reconnaissance. À ce jour, les négociations ont permis de signer des Arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) pour 54 professions et métiers entre la France et le Québec⁵. Ces dispositions font partie du champ de compétence des provinces et le fédéral ne peut s'ingérer dans celles-ci.

iii) Recrutement en région rurale et éloignée

La sous-représentation des groupes à faible niveau socioéconomique et rurale au sein des écoles de médecine menace un système de soins accessible et de qualité pour toute la population canadienne, notamment en région. Cependant, le Québec connaît une situation légèrement différente, notamment grâce au gel des frais reliés aux droits de scolarité et à des initiatives cherchant à accroître la main-d'œuvre qualifiée en région.

En 2003, par exemple, le gouvernement du Québec a instauré un crédit d'impôt visant à attirer des jeunes diplômés en région pour y occuper un emploi et à contre l'exode des jeunes et la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Ce crédit d'impôt équivaldrait à 40% du salaire reçu la première année par le jeune diplômé admissible, pour un maximum de 8 000\$. Très populaire, environ 10 000 personnes par année se prévalent de ce programme depuis sa mise en place, dont

4

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=3806734&Language=F&Mode=1&Part=40&Ses=2>

5

« Mobilité de la main-d'œuvre — Le premier ministre du Québec et la France », Canada Newswire, 3 juin 2010.

l'obligation de contester la vaste majorité des recommandations qui s'ingèrent directement dans les compétences du Québec.

Bien entendu, le Bloc Québécois reconnaît et se réjouit du fait que le Comité se soit penché de façon sérieuse sur les domaines dont il est responsable. Il déplore malgré tout que le Comité ait, encore une fois, dévié de son mandat original en matière de santé qui sert notamment à offrir des services à certains groupes comme les communautés autochtones, les anciens combattants, le personnel militaire, les détenus des pénitenciers fédéraux et la GRC.

Au lieu de chercher à étendre son champ d'action alors qu'il n'en a pas l'expertise, le gouvernement fédéral aurait dû se limiter à son approche auprès de ses propres clientèles comme chez les Premières nations et les Inuits, où la pénurie des RHs se fait beaucoup plus sentir que dans le reste de la population canadienne. Des lors, les défis sont grands pour le gouvernement fédéral, constitutionnellement responsable d'assurer les soins de santé de ces populations.

4. Le pouvoir de dépenser

Le rapport fait aussi mention du prétendu « pouvoir de dépenser » du gouvernement fédéral dans la section du Rôle du gouvernement fédéral. Il est mentionné que le fédéral peut intervenir dans le domaine de la santé en raison de ce pouvoir que lui confère la Constitution. Or, le Québec a toujours estimé que ce prétendu « pouvoir de dépenser » n'existe tout simplement pas et que les interventions fédérales dans les domaines relevant de la compétence du Québec sont inconstitutionnelles. Les gouvernements du Québec ont toujours contesté cette vision du fédéralisme. Bref, le Bloc Québécois ne pouvait passer sous silence cette fausse vérité contenu dans le rapport.

5. Une démarche déjà bien entamée au Québec

Le Québec mène déjà ses propres initiatives et doit obtenir sa juste part du financement destiné aux initiatives fédérales en matière de ressources humaines, en toute conformité avec ses compétences constitutionnelles et le plan décennal de 2004. Voici trois exemples de mesures implantées au Québec à ce titre.

i) Reconnaissance des titres de compétence étrangers

En comité, Corinne Prince St-Almand, directrice générale du Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, rappelait clairement : « Au Canada, l'évaluation et

égards, le Québec est un leader en matière de ressources humaines en santé². Non seulement celui-ci a-t-il toujours été exclu des accords en matière de RHS, mais il a déjà adopté diverses mesures afin de remédier à la pénurie de la main d'œuvre qualifiée en santé sur son territoire.

2. Une question de compétences

Il convient de rappeler quelques faits. Lors de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, le Québec a décidé de ne pas prendre part à l'élaboration du *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* dont le but était de déterminer les besoins des provinces en matière de RHS et d'établir la *Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé*. Cet accord a mené à l'adoption du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux en septembre 2004.

Le Québec, quant à lui, a signé une entente distincte dans le cadre de cet accord avec le Canada afin qu'il puisse « exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire³ ». Le Québec remplit déjà ses obligations à cet égard puisque plusieurs mécanismes de coopération sont en place, notamment par le biais de tables de concertation FPT², d'ententes formelles et spécifiques et par l'entretien de contacts réguliers et constants avec les administrations des autres provinces et du gouvernement fédéral.

Bref, il revient au Québec d'établir ses propres stratégies en matière des ressources humaines afin, entre autres, de réduire les délais d'attente et de voir à la pénurie de la main d'œuvre qualifiée en santé. Malgré tout, le Québec est ouvert à un échange d'information et de pratiques exemplaires avec d'autres administrations à cet égard, notamment avec l'Institut canadien d'information.

3. Agir à l'intérieur de ses compétences

Le rapport du Comité permanent de la santé convient de la complexité du problème de la gestion des RHS au Canada étant donné que le Québec « ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS ». Pourtant, malgré toutes les tentatives du Bloc Québécois d'en venir à un compromis, le comité refuse catégoriquement d'exclure, par volonté de l'affaiblir ou par inconscience, le Bloc Québécois se voit ainsi dans

2

3

<http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=4531758&Language=F&Mode=1&Parl=40&Ses=3>

« Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec », Santé Canada, 15 septembre 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fpcolliab/2004-fmm-rpm/bg-fi.quebec-fra.php>

La maladie incurable d'Ottawa : l'ingérence.

Le Bloc Québécois tient avant toute chose à remercier toutes les personnes et tous les groupes du Québec et du Canada qui ont témoigné devant le comité sur le dossier des ressources humaines en santé (RHS). Évidemment, le Bloc Québécois s'interroge sur la pertinence qu'un tel sujet soit étudié à la Chambre des communes.

Il constate que dans son rapport, le Comité permanent de la santé « a également convenu de respecter, dans le cadre de son étude, la complexité des questions de compétences liées aux RHS, et, notamment, le fait que la province de Québec, considérant que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive, ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS ». La suite logique aurait été d'exclure explicitement le Québec des recommandations du rapport. Or, malgré la force de l'évidence, le Bloc Québécois a essuyé un refus catégorique de la part des partis fédéralistes.

Force pour nous est de constater une fois de plus qu'Ottawa est atteint d'une maladie incurable : l'ingérence. Il est incontestable que le fossé ne fait que s'élargir entre le Québec et le reste du Canada. Ces deux visions irréconciliables s'affrontent inlassablement, celle qui, d'un côté, cherche à s'immiscer là où aucun pouvoir ne lui est dévolu, et celle qui, de l'autre côté, doit constamment se défendre contre ces atteintes à sa souveraineté. Qu'on se le tienne pour dit : les services de santé ont toujours été et demeurent une compétence exclusive du Québec, peu importe l'enjeu en question.

1. Les ressources humaines en santé: un défi de taille

Bien entendu, les membres du Bloc Québécois reconnaissent le défi que présentent les pénuries des ressources humaines en santé (RHS) au Québec et au Canada. En 2009, au Québec seulement, il restait environ 5 000 postes à combler¹ dans les milieux de la santé, et les besoins à cet égard ne cessent de grandir, notamment vu le vieillissement croissant de la population.

Dans son rapport, le Comité permanent de la santé suggère des mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre en matière des RHS. Or, et il semble que le Bloc Québécois ne l'ait pas assez répété, la planification des RHS relève exclusivement des compétences du Québec. En témoignant devant le Comité, Joshua Tepper, co-président provincial du Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines, notait d'ailleurs que « à de nombreux

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 40^e législature, 2^e session (séances nos 14, 16, 17, 41, 44, 46, 49 et 50) est déposé.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents de la 40^e législature, 3^e session (séances nos 4, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 21 et 25) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,

Joy Smith, députée

Organisations et individus

Association canadienne de physiothérapie

Association canadienne des docteurs en naturopathie

Association canadienne des ergothérapeutes

Association chiropratique canadienne

Association des facultés de médecine du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des pharmaciens du Canada

Association médicale canadienne

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Fernando, Mary

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Groupe d'intervention action santé (HEAL)

Institut canadien d'information sur la santé

ANNEXE C
LISTE DES MÉMOIRES

40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

Organisations et individus

Association canadienne de santé publique

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Association for Access to Health Care Services

Ministère des Anciens Combattants

Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire

Rural Ontario Medical Program

Société de la médecine rurale du Canada

Organisations et individus			Date	Réunion
Réseau local d'intégration des services de santé			2009/11/18	44
Gary Switzer, président-directeur général, Erie St. Clair				
Association des facultés de médecine du Canada			2009/11/25	46
Nick Busing, président-directeur général				
Steve Slade, vice-président, Recherche et analyse				
Association canadienne des docteurs en naturopathie				
David Lescheid, conseiller scientifique, Comité des relations gouvernementales				
Paul Saunders, vice-président, Comité des relations gouvernementales				
Association des pharmaciens du Canada				
Jeff Poston, directeur exécutif				
Association canadienne de physiothérapie				
Michael Brennan, chef de la direction				
BIOTECCanada			2009/12/07	49
Peter Brenders, président et chef de la direction				
Alberta International Medical Graduates Association			2009/12/09	50
Nicodeme Mugisho-Demu, vice-président, Calgary				
Service canadien de jumelage des résidents				
Sandra Banner, directrice générale et chef de la direction				
Fédération des ordres des médecins du Canada				
Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction				
Conseil médical du Canada				
Ian Bowmer, directeur général et chef de la direction				

Organisations et individus			Date	Réunion
Association chiropratique canadienne			2009/04/28	17
Deborah Kopansky-Giles, professeure associée, Canadian Memorial Chiropractic College Richard Valade, président				
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers Linda Silas, présidente				
Association médicale canadienne Owen Adams, secrétaire général adjoint, Direction de la recherche, des politiques et de l'éthique Robert Ouellet, président				
Association des infirmières et infirmiers du Canada Lisa Little, directrice, Politiques publiques Kaaren Neureld, présidente				
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada Danielle Fréchette, directrice, Politiques de la santé et appui à la gouvernance Andrew Padmos, directeur général				
Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration Helga Loechel, directrice, Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers			2009/11/02	41
Ministère de la Santé Kathryn McDade, directrice générale, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique stratégique Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences Jean-François LaRue, directeur général, Intégration au marché du travail			2009/11/18	44
Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé Jack McCarthy, président				
Collège des médecins de famille du Canada John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé				

40^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

Organisations et individus	Date	Réunion
----------------------------	------	---------

À titre personnel

Mary Fernando, médecin

Merrilee Fullerton, médecin

Peter Kuling, médecin

Ministère de la Citoyenneté et de l'immigration

Corinne Prince St-Amand, directrice générale,

Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers

Ministère de la Santé

Kathryn McDade, directrice générale,

Direction des politiques de soins de santé, Direction générale

de la politique stratégique, le Comité consultatif sur la

prestation des soins de santé et les ressources humaines

Shelagh Jane Woods, directrice générale,

Direction des soins de santé primaires et de la santé publique,

Inuits

Ministère des Ressources humaines et du

Développement des compétences

Brendan Walsh, gestionnaire,

Mobilité de la main-d'oeuvre, Portal de l'immigration

Carol White, directrice générale,

Intégration au marché du travail

Fondation canadienne de la recherche sur les

services de santé

Maureen O'Neill, présidente-directrice générale

Institut canadien d'information sur la santé

Jean-Marie Berthelot, vice-président,

Programmes et Directeur exécutif régional du Québec

Francine Anne Roy, directrice,

Information sur les ressources de santé

Instituts de recherche en santé du Canada

Alain Beaudet, président

Conseil canadien de la santé

John G. Abbott, chef de la direction

Jeanne Besner, présidente

Organisations et individus	Date	Réunion
Statistique Canada		

Jeff Latimer, directeur,
 Division de la statistique de la santé
 Sylvain Tremblay, analyste principal,
 Chef de la section, Enquête sur la santé dans les collectivités
 canadiennes

2010/05/13

17

Organisations et individus			Date	Réunion
Association des collèges communautaires du Canada			2010/05/11	16
Rae Gropper, consultante				
Association canadienne des ergothérapeutes				
Elizabeth Stegiles, professeure adjointe, Coordinatrice de projet, École des sciences de la réadaptation, Université McMaster, Institute for Applied Health Sciences				
Association canadienne de santé publique				
Cordell Neudorf, président, Conseil d'administration				
Société canadienne de science de laboratoire médical				
Christine Nielsen, directrice exécutive				
Service correctionnel Canada				
Fraser Macaulay, commissaire adjoint interimaire, Gestion des ressources humaines				
Leslie MacLean, commissaire adjointe, Services de santé				
Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration				
Lise Scott, directrice générale, Gestion de la santé				
Le Comité consultatif sur la prestation des soins de la santé et les ressources humaines			2010/05/13	17
Margo Craig Garrison, co-présidente fédérale Joshua Tepper, co-président provincial				
Ministère de la Santé				
Debra Gillis, directrice, Soins primaire, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits				
Abby Hoffman, sous-ministre adjointe déléguée, Direction générale de la politique stratégique				
Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits				
Statistique Canada			2010/05/13	17
Gary Catlin, directeur général, Direction de la santé, de la justice et des enquêtes spéciales				

Réunion	Date	Organisations et individus
5	2010/03/25	Organisation nationale de la santé autochtone Valérie Whetung, directrice, Centre des Premières nations
6	2010/03/30	Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire Debbie Dedam-Montour, directrice exécutive École de médecine du nord de l'Ontario Roger Strasser, médecin Rural Ontario Medical Program Michelle Hunter, gestionnaire Peter Wells, directeur exécutif Société de la médecine rurale du Canada Lee Teperman, agent d'administration John Wootton, président-élu Alberta International Medical Graduates Association Chander Hariramani, trésorier, Alberta Ali Varastehpour, vice-président, Edmonton
7	2010/04/01	Service canadien de jumelage des résidents Jim Boone, directeur général et chef de la direction Fédération des ordres des médecins du Canada Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction J.A. Hildes Northern Medical Unit Bruce Martin, médecin, Faculté de médecine, Université du Manitoba Conseil médical du Canada Ian Bowmer, directeur général et chef de la direction
16	2010/05/11	Association canadienne des institutions de santé universitaires Glenn Brimacombe, président et directeur général Jack Kitts, président du conseil, Président et directeur général de l'Hôpital d'Ottawa Association des collèges communautaires du Canada Terry Anne Boyles, vice-présidente, Affaires publiques

Organisations et individus	Date	Réunion
	2010/03/23	4

À titre personnel

Paulette Smith

Ministère de la Défense nationale

H.W. Jung, directeur général des services de santé,
Commandant du Groupe des Services de santé des Forces
canadiennes, médecin-chef des Forces canadiennes et
médecin honoraire de la Reine

Ministère des Anciens Combattants

Janet Bax, directrice exécutive,
Secrétariat de partenariat fédéral pour les soins de santé
Hilary Flett, gestionnaire,
Bureau des ressources humaines en santé, Secrétariat de
partenariat fédéral pour les soins de santé

Gendarmerie royale du Canada

Rich Boughe, directeur général intermédiaire,
Santé et sécurité au travail
Murray Brown, représentant des relations fonctionnelles,
Santé et sécurité au travail
Alain Tousignant, dirigeant principal adjoint,
Ressources humaines et dirigeant principal de l'apprentissage,
intermédiaire

Association des infirmières et infirmiers autochtones
du Canada

Rhonda Goodtrack, directrice de l'éducation,
Secrétaire-trésorière

Commission de la santé et des services sociaux des
Premières Nations du Québec et du Labrador

Michel Deschênes, analyste des politiques

Isabelle Verret, agente de programme,
Initiative relative aux ressources humaines en santé
autochtone

Indigenous Physicians Association of Canada

Marcia Anderson, ancienne présidente

Recommandation 25 :

Que le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines FPT envisage de créer un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner, pour ensuite y réagir, les pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales et éloignées, et, notamment, les lignes directrices et les recommandations présentées par le groupe d'experts de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010.

Recommandation 26 :

Que Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord canadien et l'Agence de la santé publique du Canada aient recours aux professionnels de la santé et aux agents de programmes compétents en sécurité alimentaire et en loisirs dans le cadre de leurs programmes au Nunavut.

Recommandation 27 :

Que le gouvernement du Canada envisage de poursuivre le financement de l'initiative de viabilité du système de santé des territoires et du Fonds de transport pour raison médicale au-delà de 2012. 66

Recommandation 28 :

Que le gouvernement du Canada, dans ses décisions de financement, continue de tenir compte des différences entre les difficultés des Inuits vivant dans le Nord et celles des populations des Premières nations au sud.

Recommandation 29 :

Au cours de sa mission d'étude au Nunavut, le Comité a entendu parler des difficultés que vivent les Inuits au Nunavut lorsqu'ils essaient d'obtenir des places dans les facultés de médecine des provinces; il souhaite donc porter la question à l'attention de l'Association des facultés de médecine du Canada et lui demander son avis à ce sujet.

Que Santé Canada envisage d'intensifier sa collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada, d'autres ministères concernés et des organismes comme l'Association des médecins autochtones du Canada, l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé du Canada, afin de promouvoir les carrières en sciences de la santé à tous les paliers d'éducation : primaire, secondaire et postsecondaire.

Recommandation 21 :

Que les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé veillent à ce que le Groupe de travail sur la santé mentale qu'ils ont mis sur pied dispose de fonds suffisants pour examiner les problèmes communs liés aux ressources humaines en santé et à la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale.

Recommandation 22 :

Que la GRC continue de renforcer les éléments suivants de sa stratégie de développement du milieu de travail et de mieux-être : gestion des cas et collecte de données, formation des professionnels de la santé aux réalités des membres de la GRC, élaboration d'outils d'évaluation de la santé mentale, recrutement et maintien en fonction de professionnels de la santé mentale spécialisés dans les traumatismes.

Recommandation 23 :

Que Santé Canada tienne une conférence nationale sur la santé rurale afin que les différents intervenants puissent discuter de leurs pratiques exemplaires et formuler des recommandations quant à la santé rurale, à la formation et au recrutement de ressources humaines en santé.

Recommandation 24 :

Que Santé Canada cible des fonds afin d'appuyer des initiatives visant à accroître le nombre d'étudiants en santé rurale, notamment : des bourses d'études à l'intention des étudiants issus du milieu rural qui souhaitent faire carrière dans les régions rurales.

Recommandation 15 :

Que le gouvernement du Canada tienne sa promesse de 2008 de financer 50 nouveaux postes de résidents par année pendant quatre ans, ce qui coûtera 40 millions de dollars.

Recommandation 16 :

Que le gouvernement du Canada envisage d'exiger que les médecins souhaitent immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse en tenir compte dans l'évaluation de leur candidature.

Recommandation 17 :

Que Santé Canada offre un financement assuré et durable aux ressources humaines en santé autochtones, ce qui inclut le soutien, par exemple, des programmes et des initiatives de transition, d'encadrement et d'information, les bourses d'études et le leadership dont font preuve des organismes dans ce domaine, ainsi que des initiatives qui favorisent le recrutement et le maintien d'une vaste palette de professionnels de la santé comme les sages-femmes, les représentants en santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les experts en promotion de la santé et les intervenants en toxicomanie.

Recommandation 18 :

Que Santé Canada revoie son modèle de financement axé sur les projets dans le cadre de l'initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, afin de déterminer s'il répond aux besoins des intervenants de même qu'à ceux des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves.

Recommandation 19 :

Que Santé Canada continue de se concentrer davantage sur le maintien des professionnels de la santé dans les communautés inuites et dans les réserves des Premières nations, tout en respectant les institutions et les initiatives existantes; et de régler, en particulier, les questions concernant les préoccupations culturelles et l'échelle salariale des professionnels de la santé dans ces communautés.

période soient inclus dans l'évaluation de la formation et des compétences des PSFE.

Recommandation 11 :

Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines réalise une étude approfondie sur les diplômés en médecine étrangers et l'accès à des postes de formation postdoctorale au Canada, se penchant notamment sur des questions comme les capacités et le financement des postes au sein du système d'éducation médicale ou des places en clinique supervisée, l'évaluation du système de jumelage en résidence pour ces diplômés et la situation des résidents titulaires de visas au sein du système; et que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fasse rapport des constatations de son étude sur les postes de formation postdoctorale pour les diplômés en médecine étrangers.

Recommandation 12 :

Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, tenant compte de la compétence culturelle préexistante des citoyens canadiens qui se rendent à l'étranger étudier la médecine, œuvre en collaboration avec les acteurs compétents afin de trouver des façons d'accélérer l'évaluation et l'intégration de ces médecins diplômés à l'étranger en vue de la formation postdoctorale en médecine au Canada.

Recommandation 13 :

Que le gouvernement du Canada lance une initiative afin de rapatrier les médecins canadiens qui pratiquent à l'étranger; une telle initiative pourrait ramener au pays jusqu'à 300 médecins.

Recommandation 14 :

Que le gouvernement du Canada envisage d'accorder un financement ciblé aux provinces et aux territoires pour qu'ils accroissent la capacité des écoles de médecine et des hôpitaux universitaires de jouer un rôle constructif afin d'intégrer les diplômés en médecine étrangers et les autres diplômés en médecine aux systèmes de santé.

Que le gouvernement fédéral songe sérieusement à accorder à l'ICIS des fonds pour concevoir des mécanismes visant à soutenir la recherche clinique dans le domaine des RHS, voyant là une façon d'attirer et de retenir des professionnels de la santé au Canada.

Recommandation 5 :

Que le gouvernement fédéral continue de financer le Conseil canadien de la santé et l'ICIS afin qu'ils déterminent la meilleure combinaison de professionnels de la santé, rémunérés et non rémunérés, dans différentes collectivités et pour divers groupes de population.

Recommandation 7 :

Que le gouvernement fédéral se penche sur les barrières systémiques à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris ses responsabilités comme employeur de la fonction publique fédérale et les avantages et les services de soins de santé qu'il offre aux groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les immigrants et les réfugiés, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces canadiennes.

Recommandation 8 :

Que le gouvernement fédéral songe à la possibilité d'établir des mécanismes de financement durable consacrés à la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les provinces et les territoires.

Recommandation 9 :

Que Santé Canada continue de financer durablement les programmes de permis de transition et d'adaptation à l'intention des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi que les programmes communautaires de préceptorat dans le cadre desquels des médecins en exercice évaluent et encadrent les diplômés en médecine étrangers.

Recommandation 10 :

Que Santé Canada travaille avec les acteurs concernés pour veiller à ce que les programmes de transition financés par le gouvernement fédéral offrant de la formation clinique supervisée sur une longue

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 :

Que le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines se penche sur la possibilité et la pertinence soit d'élargir sa composition afin d'inclure un plus large éventail d'intervenants et d'étendre son mandat afin de permettre l'établissement d'un inventaire de données et des recherches relatives aux pratiques exemplaires permettant de relever le défi des RHS au Canada, soit de créer un nouvel observatoire national des ressources humaines en santé indépendant dont la composition élargie pourrait promouvoir la recherche et la collecte de données sur les RHS, servir d'outil efficace de diffusion des connaissances et définir les principales priorités en matière de recherche.

Recommandation 2 :

Que le CCPSRH fasse rapport sur la mise en œuvre du Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, et, notamment, sur les progrès accomplis au regard de ses objectifs à court, à moyen et à long termes.

Recommandation 3 :

Que Santé Canada songe sérieusement à fournir du financement à l'ICIS dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé afin de lui permettre :

- d'élargir sa collecte de données pour qu'elle comprenne l'information sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé;

- de refaire le recensement national des RHS aussi souvent que nécessaire pour qu'il reste à jour.

Recommandation 4 :

Que les ministères et organismes fédéraux compétents travaillent en étroite collaboration avec l'ICIS à établir un ensemble minimal de données pour la planification des RHS à l'intention de tous les groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les membres des Forces canadiennes, les immigrants et les réfugiés, et les détenus sous responsabilité fédérale.

Le Comité a appris que bon nombre d'initiatives novatrices sont en cours pour relever les défis des RHS au Canada, notamment en matière de collaboration interprofessionnelle (CIP), de technologie de l'information sur la santé, de modèles d'éducation en santé pour la médecine rurale, et de programmes de transition pour les étudiants autochtones et les professionnels de la santé formés à l'étranger. L'étude du Comité montre clairement qu'il faut faire preuve d'audace et d'envergure en matière de RHS afin d'élaborer des solutions locales et originales mettant à contribution une vaste palette de professionnels de la santé, allant des sages-femmes aux gestionnaires de l'information sur la santé. Le Comité a appris que ces solutions novatrices ont été rendues possibles par la collaboration soutenue et les investissements financiers des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, dès les accords de 2003 et de 2004 sur la réforme de la santé. Il reste, cependant, qu'il est clair que l'obtention de résultats durables dans la résolution des défis des RHS au Canada requiert une collaboration durable des divers ordres de gouvernement, ainsi que le leadership du gouvernement fédéral qui devrait offrir des mécanismes de financement assurés et durables permettant une réforme des soins primaires, l'accroissement de la capacité du système d'éducation en santé, l'intégration des professionnels en santé formés à l'étranger et l'accroissement des ressources humaines en santé autochtones. Le gouvernement fédéral doit être plus efficace dans sa promotion de la planification collaborative concernant les RHS en coopération avec les gouvernements intéressés, que ce soit au moyen de mécanismes existants ou de mécanismes nouvellement établis. Ses efforts de planification collaborative et ses initiatives de financement doivent en outre être liés à des cibles précises pour que l'on puisse mesurer les progrès. Enfin, le gouvernement fédéral a également un rôle à jouer dans la promotion d'une mutation culturelle vers la CIP en supprimant les barrières à la collaboration interprofessionnelle dans son territoire. Il doit, de surcroît, poursuivre ses efforts afin de garantir que les groupes clients dont il a la responsabilité directe ont accès aux professionnels de la santé dont ils ont besoin. Sans ces changements, la réforme de la santé au Canada restera un simple projet pilote.

territoires et du Fonds de transport pour raison médicale au-delà de 2012.

Recommandation 28 :

Que le gouvernement du Canada, dans ses décisions de financement, continue de tenir compte des différences entre les difficultés des Inuits vivant dans le Nord et celles des populations des Premières nations au sud.

Recommandation 29 :

Au cours de sa mission d'étude au Nunavut, le Comité a entendu parler des difficultés que vivent les Inuits au Nunavut lorsqu'ils essaient d'obtenir des places dans les facultés de médecine des provinces; il souhaite donc porter la question à l'attention de l'Association des facultés de médecine du Canada et lui demander son avis à ce sujet.

Que le gouvernement du Canada envisage de poursuivre le financement de l'initiative de viabilité du système de santé des

Recommandation 27 :

Que Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord canadien et l'Agence de la santé publique du Canada aient recours aux professionnels de la santé et aux agents de programmes compétents en sécurité alimentaire et en loisirs dans le cadre de leurs programmes au Nunavut.

Recommandation 26 :

Grâce à sa mission d'enquête, le Comité a pu mieux connaître les défis particuliers des RSH que doivent relever les populations du nord du Canada en ce qui concerne le recrutement et le maintien de personnel et la prestation des soins de santé. Le Comité a aussi appris que bon nombre des problèmes de santé dans le Nord, notamment les taux croissants de diabète, d'obésité et d'infections transmissibles sexuellement (ITS) sont liés aux déterminants généraux de la santé comme la pauvreté, l'accès à des aliments sains, la perte d'identité et les questions culturelles. Ces observations donnent à penser qu'il faudra adopter une vaste approche pour régler les problèmes des RSH dans le Nord, notamment insister sur la présence de professionnels de la santé qui utilisent des méthodes préventives et qui favorisent la santé mentale et le bien-être global, en plus de viser d'autres déterminants de la santé comme la pauvreté. Le Comité a appris qu'il faut comprendre que les défis en santé ne sont pas du tout les mêmes pour les populations du nord que pour les Premières nations vivant dans le sud et que pour les autres Canadiens. Cela s'explique en partie par la géographie qui entrave l'accès aux aliments sains à faible coût, ce qui entraîne des troubles de santé comme le diabète, les problèmes dentaires et l'obésité, en plus de nuire à l'accès aux soins et au traitement pour les populations qui vivent dans des régions éloignées. Le Comité recommande par conséquent :

Observations du Comité

est une initiative d'Inuites de la communauté souhaitant aider les femmes à accoucher selon les pratiques de naissance traditionnelles. Au Centre de bien-être, des sages-femmes fournissent des soins pré et post-nataux complets ainsi que des services de counseling aux femmes ayant une grossesse à faible risque. L'accouchement a lieu ensuite au Centre de santé Kivalliq²⁵⁵ avec l'aide des sages-femmes. Les services étant assurés par deux sages-femmes agréées permanentes, une sage-femme agréée occasionnelle et un travailleur de protection de la maternité, le Comité a été heureux d'apprendre que le programme s'emploie à incorporer les coutumes traditionnelles aux pratiques d'accouchement, dont la participation des pères et de sages-femmes non agréées traditionnelles.

nombreux infirmiers et infirmières malgré ces obstacles, mais qu'environ 30 % quittent le Nunavut pour aller travailler ailleurs au Canada.

Les administrateurs de l'Hôpital général de Qikiqtani ont indiqué que l'emploi de personnel local présente aussi des défis particuliers. Ils ont signalé que de nombreux employés inuits hésitent à accepter des fonctions de gestion parce que les compétences exigées ne relèvent pas de la formation reçue. De plus, bon nombre sont réticents à accepter un rôle qui pourrait les obliger à réprimander des membres du personnel dont le travail laisse à désirer, puisque ces personnes risquent d'être une connaissance ou même un membre de la parenté.

Enfin, les porte-parole ministériels ont dénoncé le recrutement de PSFE comme solution possible aux pénuries de RHS dans le Nord. Ils ont expliqué qu'après avoir signé un contrat pour engager 100 infirmières des Philippines, très peu ont réussi l'examen qui leur aurait permis d'exercer au Canada. De plus, les défis culturels sont de taille, puisqu'il faut que les PSFE s'adaptent à la prestation de soins de santé dans le Nord et à un groupe de population très précis. De plus, le champ d'activité requis au Nunavut va bien au-delà de la formation et des compétences qu'ont de nombreuses infirmières formées à l'étranger. Les porte-parole ministériels ont toutefois souligné que les infirmières qui ont surmonté ces difficultés comptaient parmi les meilleures du territoire. Ils ont donc recommandé que les PSFE suivent au moins une année de formation ou de pratique dans le sud du Canada avant de commencer à pratiquer au Nunavut.

Afin de surmonter certaines de ces difficultés, les porte-parole ministériels ont recommandé que se poursuive le financement fédéral offert par le truchement de l'initiative de viabilité du système de santé des territoires et du Fonds de transport pour raison médicale. Ils ont en outre recommandé que le financement fédéral au Nunavut tienne compte des différences entre les difficultés qu'affrontent les Inuits vivant dans le nord et celles des groupes de population des Premières nations qui vivent dans le Sud.

Innovations touchant les RHS dans le Nord

Au cours de ses visites, le Comité a entendu parler de différents programmes et initiatives mis au point pour répondre aux besoins sanitaires et culturels de la population locale. Il a pris connaissance du programme de conseiller en santé mentale du Collège de l'Arctique du Nunavut visant à former des étudiants pour qu'ils puissent répondre aux besoins en santé mentale de la population locale, notamment en ce qui touche la toxicomanie, le suicide et les séquelles des pensionnats. Les étudiants inscrits au programme ont comme mentors des guérisseurs traditionnels pour les aider à mieux s'intégrer à la communauté. De plus, le Collège de l'Arctique du Nunavut a aussi mis au point des programmes de cheminement particulier qui permettent aux étudiants d'enrichir les compétences en santé déjà acquises dans une profession de la santé et de les appliquer à une autre carrière en santé plus avancée. Par exemple, les étudiants formés comme aides à domicile peuvent faire fond sur leur formation pour s'inscrire au programme de sciences infirmières. Le Comité a aussi été voir le programme de naissance de Rankin Inlet offert par le Centre de bien-être Kivalliq, qui dispense des soins axés sur la famille aux femmes enceintes de la communauté. Le programme de naissance

Qikikqtani (Baffin) à l'est, la région de Kivalliq au centre et la région de Kitikmeot à l'ouest. Le Comité a appris que la région de Kitikmeot envoie les patients à Yellowknife ou à Edmonton; les patients de la région centrale se rendent à Winnipeg; et les patients de la région de Baffin se rendent à Iqaluit ou à Ottawa pour être traités. Par conséquent, les voyages pour fins médicales consomment une part importante du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire quelque 50 millions de dollars par année, soit environ 18,5 % du budget total. Toutefois, les porte-parole ministériels ont dit s'attendre à ce que les frais de voyage diminuent avec l'utilisation croissante de la télésoins.

Les défis des RHS dans le Nord

Le Comité s'est laissé dire que le Nunavut fait face à des défis particuliers en matière de recrutement et de maintien des professionnels de la santé. Durant sa visite de l'Hôpital général de Qikikqtani, il a appris que l'hôpital a de la difficulté à recruter et à garder du personnel à cause de la pénurie de logement à Iqaluit. Comme l'a signalé l'administrateur de l'hôpital, la saison de construction dure seulement quatre mois environ et la demande d'habitations est élevée à Iqaluit, de sorte qu'il reste très peu d'unités de logement pour accueillir les éventuels médecins et infirmières. Le Comité a aussi appris que malgré une stratégie de recrutement dynamique, le Nunavut ne peut pas offrir suffisamment de primes et d'incitatifs pour attirer des professionnels de la santé dans la région. L'administrateur de l'hôpital a signalé en particulier que le Nunavut ne peut pas offrir assez d'indemnités de déplacement de vacances pour permettre aux médecins et aux infirmières de voyager à l'extérieur du Nunavut pendant leurs vacances ou pour le perfectionnement professionnel. Le Comité a aussi appris que l'Hôpital général de Qikikqtani doit composer actuellement avec des pénuries de personnel de 40 %, et seulement 54 % des postes d'infirmières au Nunavut sont comblés.

En ce qui concerne le recrutement de médecins, les porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux ont indiqué que les exigences de l'autorisation d'exercer constituent des obstacles pour les médecins des autres régions du Canada. Toutefois, ils ont souligné que l'Accord sur le commerce intérieur constitue un pas dans la bonne direction en vue d'harmoniser les exigences quant à l'autorisation d'exercer des médecins d'un bout à l'autre du pays. De plus, ils considèrent que l'Accord de reconnaissance mutuelle qu'ont signé l'Ontario et le Québec, pour reconnaître les titres de compétences des médecins dans ces deux provinces, pourrait être une solution possible au Nunavut.

S'agissant du recrutement et du maintien de membres des populations locales dans la main-d'œuvre de la santé au Nunavut, le Comité a appris que de nombreux étudiants inuits font face à des obstacles à une carrière en santé au Collège de l'Arctique du Nunavut. En effet, les administrateurs du Collège ont signalé que rares sont les élèves inuits qui réussissent à obtenir leur diplôme d'études secondaires, une condition préalable pour s'inscrire au programme de soins infirmiers. De plus, de nombreux étudiants doivent alors étudier dans leur langue seconde, l'anglais, plutôt que dans leur langue maternelle. En outre, de nombreux étudiants au Collège ont atteint l'âge adulte et ont par conséquent des obligations familiales. Le Comité a entendu dire que le Collège réussit à former de

CHAPITRE 9 : UN EXAMEN DES BESOINS, DÉFIS ET INNOVATIONS EN RHS PROPRES AU NORD

Introduction

Le Comité, voulant examiner directement les besoins, les défis et les innovations en RHS propres aux territoires du nord du Canada, a effectué une mission d'enquête à Iqaluit et à Rankin Inlet, au Nunavut, du 24 au 26 mai 2009. Durant son séjour, il a rencontré les porte-parole du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut, ainsi que les professionnels de la santé locaux lors de ses visites des hôpitaux et des centres de santé communautaires. Le présent chapitre met en lumière les principaux défis des RHS en prestation des soins de santé dans le Nord, ainsi que les solutions locales mises au point afin de répondre aux besoins sanitaires et culturels des populations du Nord.

Prestation des soins de santé dans le Nord

Lors de sa visite au Nunavut, le Comité a appris que la prestation des soins de santé dans le Nord ne se fait pas du tout de la même façon que dans le reste du Canada. Selon les porte-parole ministériels, le Nunavut compte un hôpital complet avec bloc opératoire, l'Hôpital général de Qikiqtani à Iqaluit, et deux centres de santé régionaux offrant des services élargis et un omni-praticien à temps plein, soit à Rankin Inlet et à Cambridge Bay. D'autres villages sont dotés de centres de santé communautaires dirigés par des infirmières qui ont accès à des médecins à Iqaluit 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Le Comité a aussi entendu dire que deux centres de soins continus de 20 lits ouvriront bientôt leurs portes au Nunavut.

Le Comité a appris que les soins de première ligne ne se présentent pas de la même façon pour les médecins de famille et les infirmières du Nunavut que pour ceux des autres régions du Canada. Il a su qu'il y a 24 médecins de famille ou omni-praticiens équivalents temps plein au Nunavut, dont 14 sont situés à Iqaluit tandis que les autres se déplacent dans le territoire. Les porte-parole ministériels ont indiqué que bon nombre de ces médecins travaillent au Nunavut de façon temporaire, comme suppléants. Par ailleurs, le Comité a appris que les spécialistes aussi viennent au Nunavut à tour de rôle, pour de courtes durées. Par conséquent, les soins de première ligne sont dispensés principalement par les infirmières, tandis que les médecins dispensent les soins de première rôle d'experts-conseils auprès d'elles. Les médecins dispensent les soins de première ligne uniquement dans les cas difficiles et fournissent d'autres services, notamment l'obstétrique, l'anesthésie et la gestion des soins aux patients.

Les soins secondaires et tertiaires sont disponibles à quelques endroits seulement au Nunavut, et le Comité a appris que de nombreuses personnes doivent donc quitter leur village pour obtenir ces services. Par conséquent, le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi trois grands axes nord-sud de transport des patients à l'extérieur des trois grandes régions du Nunavut qui ont besoin de soins secondaires et tertiaires : la région de

Recommandation 23 :

Que Santé Canada tienne une conférence nationale sur la santé rurale afin que les différents intervenants puissent discuter de leurs pratiques exemplaires et formuler des recommandations quant à la santé rurale, à la formation et au recrutement de ressources humaines en santé.

Recommandation 24 :

Que Santé Canada cible des fonds afin d'appuyer des initiatives visant à accroître le nombre d'étudiants en santé rurale, notamment : des bourses d'études à l'intention des étudiants issus du milieu rural qui souhaitent faire carrière dans les régions rurales.

Recommandation 25 :

Que le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines FPT envisage de créer un groupe de travail ayant pour mandat d'examiner, pour ensuite y réagir, les pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales et éloignées, et, notamment, les lignes directrices et les recommandations présentées par le groupe d'experts de l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2010.

Enfin, les témoins ont parlé de l'importance des incitatifs financiers dans le recrutement et dans la rétention des professionnels de la santé en milieu rural. Ils ont expliqué que les incitatifs financiers devraient être plus axés sur le fait de mieux rémunérer les professionnels de la santé en région rurale en raison des services plus étendus qu'ils assurent et de leur degré plus élevé de responsabilité, plutôt que sur le fait de les dédommager pour les éventuelles contraintes associées au fait de vivre en région rurale ou éloignée²⁴⁹. Les témoins ont par ailleurs expliqué que les incitatifs financiers devraient être répartis tout au long de la carrière des professionnels de la santé vivant dans ces régions, car la remise de grosses sommes au début de leur carrière ne favorise pas la rétention à long terme et crée des dissensions lorsque des professionnels de la santé établis dans une même collectivité ne reçoivent pas le même niveau de compensation financière²⁵⁰.

Les témoins ont souligné qu'il était indispensable que les intervenants collaborent à la promotion de pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des professionnels de la santé dans les régions rurales et éloignées, notamment par examen de l'ensemble des modèles de formation en médecine rurale du pays et des pratiques exemplaires des différents gouvernements²⁵¹. Ils ont expliqué que le meilleur moyen était, pour ce faire, d'organiser une conférence nationale sur la santé rurale financée par le gouvernement fédéral²⁵². Ils ont également suggéré que les faits établis et les recommandations formulées dans le cadre de cette conférence servent de fondement à une stratégie nationale de la santé rurale²⁵³.

Observations du Comité

Le Comité reconnaît que le gouvernement fédéral ne joue pas un rôle direct dans la prestation des soins de santé dans les régions rurales et éloignées, sauf dans le cas des réserves des Premières nations et des communautés indites. Cependant, le Comité prend partie pour les témoins qui estiment que le gouvernement fédéral pourrait favoriser une collaboration entre les ordres de gouvernement intéressés dans le domaine de la santé rurale et des ressources humaines en santé. L'étude du Comité a révélé qu'il existe d'excellents modèles d'éducation en santé qui assurent la promotion de la médecine rurale partout au Canada. Le Comité a également appris que ces modèles d'éducation en santé rurale constituent les exemples concrets sur lesquels se fondent certains des recommandations et lignes directrices sur le recrutement et le maintien des professionnels de la santé en zone rurale, qui seront présentées à l'Assemblée mondiale de la santé qui doit se tenir en mai 2010²⁵⁴. Le Comité recommande donc :

249	<i>Ibid.</i> , p. 8.
250	<i>Ibid.</i>
251	<i>Ibid.</i> , p. 4.
252	<i>Ibid.</i>
253	<i>Ibid.</i> , p. 13.
254	<i>Ibid.</i> , p. 6.

Selon les témoins qui ont comparu devant le Comité, les trois principaux facteurs associés au fait qu'un étudiant décide d'exercer en milieu rural à la fin de ses études et sa formation sont le fait d'avoir grandi en milieu rural, des expériences cliniques et éducatives positives au premier cycle des études de médecine, ainsi qu'une formation ciblée en médecine rurale au niveau postdoctoral, et, notamment, des programmes de résidence qui préparent les candidats à l'exercice de la médecine en milieu rural.²⁴³

Le Comité a appris que ces trois facteurs avaient mené, au Canada, à la création d'écoles de médecine vouées à l'exercice de la médecine en région rurale ou éloignée. Le Comité a ainsi appris que l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) a élaboré un modèle particulier d'enseignement médical et de recherche qui vise à doter les diplômés des connaissances et des compétences nécessaires à faire carrière dans le Nord de l'Ontario, ou dans un milieu rural nordique, isolé, autochtone ou francophone similaire.²⁴⁴ Pour ce faire, elle s'efforce de recruter des étudiants qui s'intéressent plus particulièrement à la médecine rurale et reflètent la population qu'ils seront amenés à servir. Ainsi, environ 90 % des étudiants ont-ils grandi dans le Nord de l'Ontario, tandis que de 40 à 50 % d'entre eux proviennent de région rurale ou éloignée et que de 6 à 11 % d'entre eux sont originaires de communautés autochtones.²⁴⁵ L'EMNO offre également un programme axé sur la médecine rurale, la formation interprofessionnelle et la santé des Autochtones. Le Comité a également appris que le Rural Ontario Medical Program propose des programmes de formation axés sur la médecine familiale qui sont offerts en régions rurales et dont les étudiants décident, dans 85 % des cas, d'effectuer leur résidence dans ces mêmes régions rurales.²⁴⁶

Outre les initiatives visant à élaborer des modèles innovateurs de formation en médecine rurale, les témoins ont également attiré l'attention du Comité sur des stratégies qui pourraient améliorer la rétention des médecins en région rurale. Il s'agit, notamment, d'offrir aux professionnels de la santé la possibilité de faire de l'enseignement clinique dans des écoles de médecine rurale qui favorise leur implantation au sein de la collectivité.²⁴⁷ Les témoins ont par ailleurs souligné la nécessité d'offrir aux professionnels de la santé en milieu rural des possibilités de formation et de perfectionnement continus, soit en leur offrant des programmes d'enseignement à distance, soit en les aidant à trouver des remplaçants afin qu'ils puissent voyager pour améliorer leurs compétences.²⁴⁸

243	Comité permanent de la santé de la 3 ^e session, 40 ^e législature, 30 mars 2010, communes.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4393630/HESA_EV06-F.PDF , p. 1.
244	<i>Ibid.</i>	
245	<i>Ibid.</i> , p. 2.	
246	<i>Ibid.</i> , p. 4.	
247	<i>Ibid.</i> , p. 4.	
248	<i>Ibid.</i> , p. 7.	

CHAPITRE 8 : ACCENT MIS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DANS LES RÉGIONS RURALES

Introduction

Selon les données du Recensement de 2006, 20 % de la population canadienne vit en zone rurale, ce qui inclut, selon Statistique Canada, les villes et les collectivités de 1 000 habitants ou plus qui se trouvent hors des zones où la densité de population est de plus de 400 habitants au kilomètre carré²³⁸. Les études menées par l'ICIS démontrent que les populations des régions rurales ont en moyenne des résultats de santé moins bons que le reste de la population canadienne, car tant les femmes que les hommes qui vivent dans ces régions ont une espérance de vie inférieure et sont exposés à des risques de mortalité plus élevés en termes de maladies de l'appareil circulatoire, de blessures et de suicide²³⁹. Les chercheurs attribuent ces résultats de santé au fait que les résidents des régions rurales du Canada sont plus susceptibles que les résidents des zones urbaines de vivre dans de moins bonnes conditions socioéconomiques, d'avoir un niveau de scolarité moins élevé, de présenter des comportements nuisibles pour la santé, particulièrement en matière de tabagisme et d'alimentation²⁴⁰. De plus, l'accès aux soins de santé demeure, en région rurale, un problème persistant qui résulte en partie du manque de professionnels des soins de santé installés dans ces régions²⁴¹. En 2004, environ 16 % des médecins de famille et 2,4 % des spécialistes étaient installés dans les régions rurales et les petites villes du Canada, alors que ces dernières représentent 21,1 % de la population du Canada²⁴².

Le présent chapitre souligne les initiatives innovatrices actuellement menées pour accroître le nombre de professionnels de la santé offrant des soins à la population des régions rurales du Canada. Il définit également des pistes quant aux initiatives que pourrait prendre le gouvernement fédéral pour remédier aux problèmes de ressources humaines en santé dans les régions rurales.

238	Statistique Canada, « Population urbaine et rurale, par province et territoire », http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/demob62a-fra.htm .
239	ICIS, <i>Les communautés rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants</i> , 2006, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/rural_canadiens_2006_report_f.pdf , p. iv.
240	<i>Ibid.</i> , p. v.
241	ICIS, <i>Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu</i> , 2005, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_f.pdf , p. 1.
242	<i>Ibid.</i> , p. viii.

membres. Entre-temps, le Service correctionnel du Canada a encore de la difficulté à réduire les taux de postes de psychologue vacants.

Le Comité recommande que ces ministères et organismes fédéraux collaborent au sein du Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSI) pour régler les problèmes communs liés aux RHS, notamment la rémunération, le recrutement et le maintien en fonction. Le Comité croit que les membres du PFSI pourraient aussi chercher à régler les problèmes communs liés aux RHS et mettre en commun les pratiques exemplaires pour la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, la collecte de données, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale²³⁷. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 21 :

Que les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé veillent à ce que le Groupe de travail sur la santé mentale qu'ils ont mis sur pied dispose de fonds suffisants pour examiner les problèmes communs liés aux ressources humaines en santé et à la prestation de services de santé mentale et de services de soutien, dont la gestion des cas, le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé mentale et les outils d'évaluation de la santé mentale.

Recommandation 22 :

Que la GRC continue de renforcer les éléments suivants de sa stratégie de développement du milieu de travail et de mieux-être : gestion des cas et collecte de données, formation des professionnels de la santé aux réalités des membres de la GRC, élaboration d'outils d'évaluation de la santé mentale, recrutement et maintien en fonction de professionnels de la santé mentale spécialisés dans les traumatismes.

Dans le rapport annuel qu'ils ont présenté au Comité, les membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé ont indiqué qu'ils avaient établi un groupe de travail sur la santé mentale pour favoriser les discussions entre organismes et l'échange de renseignements concernant les services, les programmes et les politiques de santé mentale. Bien que ce groupe de travail ait tenu plusieurs réunions, il est indiqué dans le rapport que le groupe n'a pas reçu assez de fonds pour réaliser toutes les activités prévues. Gouvernement du Canada, Partenariat fédéral pour les soins de santé, *Rapport annuel 2008-2009* — Partenariat fédéral pour les soins de santé, p. 18.

personnes et aux personnes à la charge de ces groupes. Elle se fonde sur des motifs humanitaires dans le cadre de son Programme fédéral de santé intermédiaire (PFSI), un programme d'assurance-santé géré par une compagnie d'assurance.²³² D'après un décret date de 1957, ce programme a pour but de fournir des services de santé urgents et essentiels aux groupes susmentionnés qui n'ont pas les moyens de payer de tels services.²³³ Le PFSI comprend des services de santé de base semblables à ceux qui sont fournis aux autres citoyens et résidents canadiens par les régimes provinciaux, de même que des services de santé supplémentaires qui sont fournis aux assistés sociaux dans différentes provinces, par exemple les soins dentaires, les médicaments sur ordonnance essentiels et les soins de la vue.²³⁴

On a dit au Comité que, puisque CIC offrait des services de santé dans le cadre du PFSI, ses rôles et responsabilités avaient trait à la gestion de ce programme d'assurance plutôt qu'à la prestation des services de santé. CIC ne participe donc pas directement au recrutement et au maintien en fonction des ressources humaines en santé. On a cependant indiqué que maintes augmentations de coûts associés au PFSI étaient attribuables aux difficultés liées à la prestation des services dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, ce qui inclut l'accès aux fournisseurs de soins de santé.²³⁵

vi) Observations du Comité

Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan en s'attaquant aux principales difficultés liées aux RHS que doivent surmonter les divers groupes dont il est directement responsable. Il croit cependant que des défis particuliers se posent aux ministères et organismes fédéraux qui doivent offrir des services de santé à ces groupes, dont bon nombre ont des besoins complexes en matière de santé, en particulier sur le plan de la santé mentale. Bien que les Forces canadiennes et Anciens Combattants Canada aient établi des stratégies novatrices pour fournir les RHS nécessaires au traitement des problèmes de santé mentale, le Comité a appris que les membres des Forces canadiennes déployés ont accès non pas à des psychologues cliniciens, mais plutôt à des psychiatres en raison des limites qu'il faut imposer à la taille des forces déployées.²³⁶ De plus, la GRC vient tout juste de commencer à élaborer sa propre stratégie de mieux-être afin de s'occuper des besoins en santé mentale de ses

232	Comité permanent de la santé de la 16 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010,
233	Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> , 6 ^e éd., http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF , p. 342.

234	<i>Ibid.</i>
235	<i>Ibid.</i>
236	Comité permanent de la santé de la 4 ^e session, 40 ^e législature, 23 mars 2010, p. 13. http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA/EV04-F.PDF

établissements dans différentes provinces²²⁵. Cela représente un défi particulier pour le Ministère en ce qui concerne le personnel infirmier et les psychologues. Enfin, on a signalé que la difficulté d'offrir des services aux contrevenants fédéraux ayant des problèmes complexes de santé mentale et physique nuit au recrutement et au maintien en fonction des professionnels de la santé²²⁶.

Le Comité a appris que le SCC avait mis en œuvre une stratégie de recrutement et de maintien en poste en 2008 pour régler les problèmes de RHS. Conformément à cette stratégie, le SCC a produit une série de documents de promotion des carrières dans le domaine de la santé au SCC et il a publié dans des revues professionnelles des articles qui soulignent le travail des psychologues²²⁷. Le SCC a également créé des possibilités de stages pratiques pour les médecins, les psychologues et autres professionnels de la santé; des postes ont ainsi été créés pour certains d'entre eux²²⁸. Enfin, le SCC s'est penché sur les problèmes de maintien en fonction; il a investi 8 millions de dollars dans la formation et le perfectionnement du personnel infirmier et il a affecté des fonds annuels au perfectionnement professionnel des psychologues²²⁹.

v) Immigrants et réfugiés

Par l'entremise de la Direction générale de la gestion de la santé, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) s'occupe de tous les aspects de l'immigration qui touchent la santé, incluant les évaluations de santé des personnes qui demandent à immigrer au Canada, ainsi que les services et les prestations destinés aux demandeurs du statut de réfugié. En vertu du paragraphe 38(1) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, CIC est mandaté pour évaluer l'état de santé des personnes qui présentent une demande de résidence permanente ou temporaire, en tenant compte des trois motifs d'exclusion suivants : le risque pour la santé publique, le risque pour la sécurité publique et le fardeau excessif pour les services de santé ou les services sociaux²³⁰. Pour ce faire, il voit à la sélection et à la formation de médecins praticiens établis un peu partout dans le monde, qui procèdent aux examens médicaux indépendants pour évaluer l'état de santé²³¹ des personnes présentant une demande de résidence permanente ou temporaire.

Par ailleurs, la Direction générale de la gestion de la santé fournit des prestations et des services de santé aux demandeurs du statut de réfugié, aux réfugiés au sens de la Convention, aux personnes détenues aux fins de l'immigration, aux victimes du trafic de

225	<i>Ibid.</i>
226	<i>Ibid.</i>
227	<i>Ibid.</i>
228	<i>Ibid.</i>
229	<i>Ibid.</i>
230	Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, Société canadienne de thoracologie, <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> , 6 ^e éd., http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf , p. 342.
231	<i>Ibid.</i> , p. 357.

iv) Détenus sous responsabilité fédérale

Conformément à la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, le Service correctionnel du Canada (SCC) est chargé d'offrir aux détenus sous responsabilité fédérale des services de santé essentiels et l'accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels qui contribuent à leur réadaptation et à leur réintégration dans la collectivité²¹⁷. La Loi canadienne sur la santé ne s'applique pas non plus aux détenus sous responsabilité fédérale pendant leur incarcération dans les pénitenciers fédéraux. Le SCC vise à fournir des services de santé essentiels qui sont comparables aux normes provinciales et communautaires. Les services de santé sont fournis aux détenus sous responsabilité fédérale dans 52 centres de santé au Canada et dans quatre hôpitaux régionaux gérés par le Secteur des services de santé du SCC²¹⁸.

Le Secteur des services de santé emploie environ 800 personnes représentant diverses professions de la santé : personnel infirmier, médecins, pharmaciens, psychologues, épidémiologistes et travailleurs sociaux²¹⁹. C'est cependant le personnel infirmier qui prodigue principalement les soins, et les services de médecins sont fournis à contrat²²⁰. De plus, le Secteur des services de santé représente le plus gros employeur fédéral pour le personnel infirmier et les psychologues²²¹. Ces professionnels de la santé sont chargés d'offrir des soins de santé aux contrevenants présentant un risque élevé et ayant des besoins complexes et diversifiés en matière de santé : maladie mentale, toxicomanie et alcoolisme, colère et violence²²².

Des témoins ont indiqué au Comité que le SCC doit relever de nombreux défis en matière de RHS et faire face notamment à des pénuries dans certaines professions de la santé. On a dit au Comité que le taux de vacance est de 20 % en psychologie, de 6 % pour le personnel infirmier et de 11 % pour les travailleurs sociaux²²³. En plus des défis liés aux RHS qui touchent également les autres ministères fédéraux, dont le vieillissement de l'effectif et les questions de rémunération, on a mentionné que de nombreux professionnels de la santé ne sont pas disposés à travailler dans des centres de santé en milieu rural ni dans des régions éloignées²²⁴. Qui plus est, comme les professionnels de la santé sont réglementés par les provinces, on a du mal à transférer le personnel entre les

217	SCC, <i>Normes des Services de santé</i> , http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgm/fswh/htnhsstds/healthstds5-fra.shtml .
218	SCC, <i>Secteur des services de santé — Faits en bref</i> , août 2008, http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/qtf/15-fra.pdf .
219	<i>Ibid.</i>
220	Comité permanent de la santé de la 16 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010, <i>Témoignages</i> , réunion n ^o 16, 3 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF .
221	<i>Ibid.</i>
222	<i>Ibid.</i>
223	<i>Ibid.</i>
224	<i>Ibid.</i>

psychologiques et sociaux des anciens combattants; ils fournissent des soins palliatifs et des soins pour le traitement de la démence, la gestion de la douleur et le traitement des blessures de stress opérationnel²¹³. En tout, l'effectif des professionnels de la santé du Ministère se compose de 377 infirmières et infirmiers, de 51 médecins militaires et de 57 ergothérapeutes à contrat²¹⁴. Le Ministère a également établi un vaste réseau de gestionnaires des soins cliniques, d'ergothérapeutes, de psychoéducateurs, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux, qui fournissent du soutien et des traitements aux clients ayant des besoins complexes en matière de santé mentale²¹⁵.

Les représentants d'ACC n'ont pu comparaître devant le Comité, mais ils lui ont présenté un mémoire exposant les défis en matière de RHS. On y indique que le Ministère prévoyait des taux de vacance de 25 % pour le personnel infirmier et de 55 % pour les médecins militaires d'ici 2014 en raison des départs à la retraite et des pénuries de travailleurs de la santé généralisées à l'échelle du pays²¹⁶. On y explique également les défis en matière de RHS qui touchent le Ministère :

- un processus de dotation fastidieux qui décourage les candidats potentiels;

- la perception, parmi les médecins, que la rémunération dans la fonction publique ne correspond pas aux honoraires prévus dans le secteur privé pour les structures de services;

- les difficultés à trouver des professionnels de la santé bilingues qui peuvent servir les clients dans la langue de leur choix;

- la nécessité d'obtenir du financement stable pour les possibilités de perfectionnement professionnel.

Le mémoire expose aussi les efforts déployés pour régler les problèmes. Afin d'améliorer les processus d'embauche, on prend contact avec les candidats des réception des demandes d'emploi et l'on effectue auprès d'eux un suivi des entrevues. On a modifié la méthode d'entrevue et l'on a investi dans des stratégies de marketing pour renseigner davantage les professionnels de la santé des possibilités d'emploi à ACC. On offre aussi des possibilités de recherche aux employés en collaboration avec des universités, des organismes internationaux et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le domaine des traumatismes et des problèmes de santé mentale dans le secteur militaire.

213	<i>Ibid.</i>
214	<i>Ibid.</i>
215	<i>Ibid.</i>
216	<i>Ibid.</i>

faisant appel à la collaboration et sur la continuité des soins. On a dit au Comité que le modèle de soins de santé des Forces canadiennes qui repose sur la collaboration fait appel à divers professionnels de la santé : médecins, infirmiers et infirmières praticiens, adjoints aux médecins, physiothérapeutes, spécialistes cliniques et spécialistes de la santé des populations. Ce modèle s'est ensuite appliqué à la santé mentale : des psychologues, des psychiatres, des infirmières en santé mentale, des travailleurs sociaux et des conseillers pastoraux travaillent ensemble pour soigner les patients²⁰⁹. Des témoins ont aussi indiqué que l'élaboration d'un système d'information sur la santé, incluant les dossiers de santé électroniques des membres des Forces canadiennes, a facilité la réforme²¹⁰.

En dépit du succès du projet Rx2000, grâce auquel les SSFC peuvent répondre à la plupart de leurs besoins en matière de ressources humaines en santé, il reste certaines lacunes à combler. On a dit au Comité que les SSFC avaient de la difficulté à recruter des pharmaciens étant donné les pénuries générales dans cette profession et les salaires élevés exigés. De plus, le recrutement de professionnels civils de la santé pose encore un problème en raison des disparités de salaire entre les secteurs public et privé. Par conséquent, les SSFC se voient encore obligés de recourir à des contractuels, dont les honoraires sont de 130 à 200 % plus élevés que ceux prévus dans les régimes provinciaux de soins de santé.

iiii) Anciens Combattants Canada

En reconnaissance des services et des contributions des anciens membres des Forces canadiennes, Anciens Combattants Canada (ACC) offre des prestations d'assurance maladie et des services de réadaptation aux anciens combattants afin de faciliter leur insertion dans la vie civile. Ces prestations et services sont prévus dans la Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes, de 2005, couramment appelée la nouvelle Charte des anciens combattants²¹¹, et dans la Loi sur le ministère des Anciens Combattants²¹².

ACC emploie divers professionnels de la santé à différents titres dans le cadre de ses programmes de prestations d'assurance maladie et de réadaptation²¹². D'abord, il emploie des professionnels de la santé pour administrer ses programmes de prestations et de services au lieu d'offrir des services directs aux clients. Ensuite, il recourt à divers professionnels de la santé qui fournissent directement des soins et des services de réadaptation par l'entremise des cliniques de traitement des traumatismes liés au stress professionnel du Ministère et de l'Hôpital Sainte-Anne, géré par ACC. Ces professionnels de la santé fournissent divers services : ils répondent aux besoins physiques,

209	<i>Ibid.</i> , p. 12.
210	<i>Ibid.</i> , p. 6.
211	Anciens Combattants Canada, <i>La nouvelle Charte des anciens combattants</i> , http://www.vac-acc.gc.ca/clientele/sub.cfm?source=Forces .
212	Anciens Combattants Canada, <i>Rapport au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes</i> , mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 17 mai 2010.

des psychologues cliniciens qui savent traiter les victimes de traumatismes²⁰¹. Ils estimaient que les membres de la GRC devaient avoir accès aux mêmes avantages et services que les autres membres du Partenariat fédéral pour les soins de santé, par exemple le Programme pour l'autonomie des anciens combattants d'ACC, qui prévoit des services à domicile pour les anciens combattants et leurs familles²⁰². Enfin, des témoins ont souligné la nécessité d'un changement culturel au sein de la GRC qui encouragerait les membres à consulter s'ils ont un problème de santé mentale²⁰³.

ii) Forces canadiennes

La *Loi sur la défense nationale* confère au ministre de la Défense le pouvoir de gérer et de diriger les Forces canadiennes²⁰⁴. À son tour, le ministre confie au Groupe des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) la gestion et la direction des soins de santé offerts aux membres des Forces canadiennes²⁰⁵. Comme ceux-ci reçoivent des soins de santé du gouvernement fédéral, la *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique pas à eux.

On a dit au Comité que le Groupe des SSFC exerce sa propre compétence dans le domaine de la santé et offre aux membres divers services : soins primaires et tertiaires, formation relative à la santé, soins dentaires, santé publique et professionnelle, systèmes d'approvisionnement pharmaceutiques, recherches en santé et soutien offert par des équipes de santé pour les opérations militaires. Ces services sont fournis par des militaires des Forces canadiennes ainsi que par des professionnels civils de la santé²⁰⁶.

Comme l'ont indiqué des témoins au Comité, les Services de santé des Forces canadiennes ont commencé à éprouver, dans les années 1990, de graves pénuries de personnel dans le domaine de la santé²⁰⁷. C'est ce qui a conduit à la réalisation du projet Rx2000 en 2000, qui visait à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de professionnels de la santé dans le secteur militaire grâce à des incitatifs de recrutement concurrentiels, à des barèmes de rémunération, à des possibilités de formation médicale continue et à des occasions d'emploi dans d'autres milieux de travail²⁰⁸.

Par ailleurs, le projet Rx2000 prévoyait une réforme des soins de santé primaires dans le secteur militaire, axée sur l'élaboration d'une pratique centrée sur le patient et

201	<i>Ibid.</i> , p. 9.
202	<i>Ibid.</i> , p. 11.
203	<i>Ibid.</i> , p. 15.
204	MDN, <i>Services de santé des Forces canadiennes</i> , http://www.forces.gc.ca/health-sante/default-fra.asp .
205	<i>Ibid.</i>
206	Comité permanent de la santé de la 3 ^e session, 40 ^e législature, 2010, <i>Témoignages, réunion n° 4</i> , http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA/EV04-F.PDF , p. 5.
207	<i>Ibid.</i> , p. 5.
208	<i>Ibid.</i>

pour favoriser davantage la santé et le bien-être des membres, la GRC a établi le poste de directeur général du perfectionnement et du mieux-être, qui existe depuis le 1^{er} avril 2010 et dont le titulaire est chargé d'élaborer une stratégie de mieux-être pour la GRC¹⁹³.

On a dit au Comité que les défis que devait relever la GRC au chapitre des RHS avaient trait à la santé et la sécurité au travail. Des témoins ont signalé les énormes difficultés physiques, émotives et psychologiques auxquelles font face des membres de la GRC dans le cadre de leur travail : « Ils sont régulièrement exposés à des incidents traumatisants ou tragiques, à des atrocités, à des catastrophes naturelles et à une profonde souffrance humaine¹⁹⁴. » Bon nombre d'entre eux souffrent de blessures de stress opérationnel, qui peuvent se définir comme étant toutes difficultés psychologiques persistantes résultant du service opérationnel; elles peuvent inclure les troubles médicaux diagnostiqués tels l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique¹⁹⁵. Le Comité a appris que si elles ne sont pas diagnostiquées, les blessures de stress opérationnel (BSO) peuvent avoir de grandes répercussions sur le fonctionnement et le bien-être des gens, comme des changements de comportement, la dépression, voire le suicide¹⁹⁶.

Des témoins ont mentionné que la GRC n'avait pas les ressources humaines en santé nécessaires pour traiter les BSO de ses membres. On a dit au Comité que les médecins qui effectuaient l'évaluation physique et mentale des membres de la GRC étaient souvent employés à contrat sept jours par mois et connaissaient peu la profession de police ou les outils permettant de diagnostiquer de telles blessures¹⁹⁷. On a également dit au Comité que la GRC employait 14 psychologues, mais qu'ils travaillaient avec des unités spéciales de police et n'offraient pas de services de counseling aux membres de la GRC¹⁹⁸. Enfin, on a dit au Comité que le suivi et la gestion des cas des membres qui avaient une BSO et qui recevaient des soins dans la collectivité, ainsi que la collecte de données, étaient insuffisants.

De l'avis de témoins, pour corriger cette situation, il faudrait que la direction générale de la santé et de la sécurité au travail dispose d'un budget stable qui tient compte du besoin accru de diagnostics de BSO parmi les membres de la GRC¹⁹⁹. Les professionnels de la santé avaient besoin d'une formation pointue qui porte sur la culture et les expériences des membres de la GRC, de même que des outils pour reconnaître les symptômes des BSO²⁰⁰. Les témoins ont aussi indiqué que la GRC pouvait embaucher

193 *Ibid.*, p. 4.

194 *Ibid.*, p. 3.

195 *Ibid.*

196 *Ibid.*, p. 3-5.

197 *Ibid.*, p. 2.

198 *Ibid.*, p. 16.

199 *Ibid.*, p. 12.

200 *Ibid.*, p. 4.

et dans les réserves des Premières nations, tout en respectant les institutions et les initiatives existantes; et de régler, en particulier, les questions concernant les préoccupations culturelles et l'échelle salariale des professionnels de la santé dans ces communautés.

Recommandation 20 :

Que Santé Canada envisage d'intensifier sa collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada, d'autres ministères concernés et des organismes comme l'Association des médecins autochtones du Canada, l'Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé du Canada, afin de promouvoir les carrières en sciences de la santé à tous les paliers d'éducation : primaire, secondaire et postsecondaire.

Autres clientèles du gouvernement fédéral

i) Gendarmerie royale du Canada (GRC)

La GRC est responsable des soins de santé de ses membres conformément à la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*¹⁸⁹. La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique donc pas aux membres de la GRC. On a dit au Comité qu'il existe deux dimensions aux prestations et services de santé que la GRC offre à ses membres. Premièrement, des soins de santé généraux leur sont offerts dans le cadre des régimes d'assurance-santé de la GRC : les membres reçoivent des soins de professionnels qu'ils choisissent dans la collectivité, mais dont les services sont payés par la GRC¹⁹⁰. S'il y a lieu, la GRC assume les frais de transport ou de réinstallation des membres qui ont besoin de services non disponibles dans la collectivité. Elle ne fournit donc pas de services ou de traitements directs à ses membres¹⁹¹.

Deuxièmement, la GRC est responsable de la santé et de la sécurité de ses membres au travail¹⁹². À l'appui de ce mandat, la direction générale de la santé et de la sécurité au travail de la GRC établit des politiques et des programmes visant à promouvoir un environnement de travail sain et sûr, ce qui englobe l'élaboration de normes nationales de santé physique et psychologique. Il lui incombe également de surveiller l'état de santé des membres tout au long de leur carrière par l'entremise des divisions régionales. À cette fin, des médecins des divisions procèdent à des évaluations périodiques de l'état de santé physique et mentale des membres au moins tous les trois ans. On a dit au Comité que

189 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages, réunion n° 4, 3^e session, 40^e législature, 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA_EV04-F.PDF*, p. 3.

190 *Ibid.*

191 *Ibid.*

192 *Ibid.*

financées par l'IRHSA de Santé Canada qui contribuent à atténuer certaines difficultés, d'encadrement. Le Comité a aussi entendu que ces programmes doivent bénéficier d'un financement assuré et durable pour réussir. Il n'ignore pas non plus que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves sont en butte à de nombreuses difficultés liées au maintien des RHS, dont les pénuries, l'épuisement professionnel et le manque de fonds pour verser les salaires du marché aux professionnels de la santé. Le Comité a appris qu'il serait possible de régler certaines de ces questions en ayant recours à une vaste palette de professionnels de la santé, comme les sages-femmes, les guérisseurs traditionnels, les représentants en santé communautaire et les experts en promotion de la santé. Il reconnaît toutefois qu'il est important d'encourager les RHS autochtones à travailler dans tous les domaines du système de santé : enseignement de la médecine traditionnelle autochtone dans les facultés, prestation de soins aux populations autochtones vivant en milieu urbain, prestation de soins tertiaires et élaboration de la politique de santé autochtone¹⁸⁸. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 17 :

Que Santé Canada offre un financement assuré et durable aux ressources humaines en santé autochtones, ce qui inclut le soutien, par exemple, des programmes et des initiatives de transition, d'encadrement et d'information, les bourses d'études et le leadership dont font preuve des organismes dans ce domaine, ainsi que des initiatives qui favorisent le recrutement et le maintien d'une vaste palette de professionnels de la santé comme les sages-femmes, les représentants en santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les experts en promotion de la santé et les intervenants en toxicomanie.

Recommandation 18 :

Que Santé Canada revise son modèle de financement axé sur les projets dans le cadre de l'initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, afin de déterminer s'il répond aux besoins des intervenants de même qu'à ceux des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves.

Recommandation 19 :

Que Santé Canada continue de se concentrer davantage sur le maintien des professionnels de la santé dans les communautés inuites

Les témoins voyaient d'un bon œil l'IRHSA de Santé Canada, mais ils se sont dits préoccupés du financement. D'abord, ils ont mentionné que même si le financement de l'IRHSA avait été prolongé pour deux autres années, jusqu'en 2012, ce n'était pas assez long pour accroître sensiblement le nombre de professionnels de la santé autochtones.¹⁸³ Comme ils l'ont fait observer, « il faut au moins neuf années pour former un médecin ».

Ensuite, des témoins ont indiqué que les fonds accordés dans le cadre de l'IRHSA ne permettaient pas aux organismes de maintenir leurs activités.¹⁸⁴ On a dit au Comité que des organismes, qui faisaient la promotion des carrières dans le domaine de la santé auprès des peuples autochtones par le biais de programmes de rayonnement et de mentorat, de conférences et de programmes éducatifs sur la compétence culturelle et la sécurité, dont l'Association des médecins indigènes du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et l'Organisation nationale de la santé autochtone, ont reçu de l'IRHSA des fonds destinés uniquement à des projets plutôt qu'au fonctionnement de base. Comme ces organismes n'ont pas d'autres sources de financement, elles parviennent difficilement à maintenir leurs activités au-delà des projets pour lesquels elles ont reçu des fonds. C'est pourquoi on recommande que Santé Canada adopte un modèle de financement axé non plus sur les projets mais sur les activités de base.

Enfin, des témoins ont souligné la nécessité d'accorder plus de bourses d'études aux étudiants inuits et des Premières nations qui se destinent au secteur de la santé et que des fonds soient prévus pour le perfectionnement professionnel.¹⁸⁵ À cet effet, des témoins ont suggéré que davantage de fonds soient affectés aux programmes d'aide aux études postsecondaires d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), qui prévoient des fonds pour les frais de scolarité des Indiens inscrits¹⁸⁶ et des Inuits¹⁸⁷ admissibles.

iv) Observations du Comité

Le Comité reconnaît que, tout en cherchant à améliorer les résultats pour la santé des communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, le gouvernement du Canada doit veiller à augmenter les ressources humaines en santé autochtones. Il a appris que de nombreux obstacles à cette augmentation sont profondément ancrés dans des réalités socioéconomiques, dont le faible niveau de scolarité et l'incapacité de payer des études postsecondaires. Il a néanmoins entendu parler d'heureuses initiatives

183	<i>Ibid.</i> , p. 2.
184	<i>Ibid.</i> , p. 8.
185	<i>Ibid.</i> , p. 17.
186	Indien inscrit : personne qui est inscrite ou qui peut l'être en vertu de la Loi sur les Indiens. Tonina Simeone, <i>Sphères de compétence fédérale et provinciale et peuples autochtones</i> , 1 ^{er} février 2001, Bibliothèque du Parlement, publication TIPS-88F, http://pinttrabp.parl.gc.ca/apps/tips/tips-cont-f.asp?Heading=14&TIP=95 .
187	Comité permanent de la santé de la 16 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010, <i>Témoignages, réunion n° 16, 3^e session, 40^e législature, 11 mai 2010</i> , http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA/EV16-F.PDF .

secondaires à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour poursuivre des études postsecondaires. Ces programmes visent entre autres à relever les taux d'achèvement scolaire peu élevés dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves. On a dit aussi au Comité que l'IRHSA favorisait la mise en œuvre d'initiatives destinées à faire connaître davantage les exigences scolaires, notamment en mathématiques et en sciences, auxquelles il faut satisfaire pour faire carrière dans le domaine de la santé.

En ce qui concerne le maintien en fonction de professionnels de la santé dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, des témoins ont indiqué au Comité qu'en renouvelant l'IRHSA, Santé Canada cherchera à offrir davantage de formation aux auxiliaires communautaires et aux professionnels paramédicaux œuvrant dans des domaines comme la toxicomanie, la santé mentale, le diabète, la santé maternelle et infantile, ainsi que les soins à domicile, afin qu'ils soient plus en mesure d'offrir des services de santé et du soutien aux professionnels travaillant au sein de ces communautés¹⁷⁹. Le Comité a appris que Santé Canada collaborait avec l'Assemblée des Premières Nations pour déterminer quels sont les fonds nécessaires pour relever les échelles salariales inférieures qui sont offertes aux RH5 dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves¹⁸⁰.

Des témoins ont mentionné au Comité que l'IRHSA fournit un soutien nécessaire aux programmes et aux organismes qui cherchent à accroître les RH5 autochtones au Canada. Ils ont souligné l'importance des fonds accordés aux programmes de transition pour les étudiants autochtones, ce qui comprend des services d'orientation, un encadrement et des places réservées où les étudiants peuvent s'entretenir avec d'autres, résoudre des problèmes et conserver un sentiment d'appartenance à la communauté pendant leurs études¹⁸¹.

Ils ont également souligné l'importance des activités d'information communautaire où on invite les jeunes autochtones à faire carrière dans le domaine de la santé. On a parlé au Comité d'un programme au Québec qui est financé par les gouvernements fédéral et provincial et grâce auquel des représentants de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador se rendent auprès d'étudiants inuits et des Premières nations du niveau secondaire pour les renseigner sur les conditions préalables et les étapes à franchir pour faire des études universitaires en sciences de la santé¹⁸². Les étudiants peuvent ensuite visiter des campus universitaires et y rencontrer des étudiants pour en apprendre sur la vie universitaire.

179	Comité permanent	de la	n° 17,	3 ^e session,	de la	40 ^e législature,	13 mai 2010,	Chambre des communes,	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA/EV17-F.PDF .	180
180	<i>Ibid.</i>									
181	Comité permanent	de la	n° 5,	3 ^e session,	de la	40 ^e législature,	25 mars 2010,	Chambre des communes,	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESA/EV05-F.PDF , p. 13.	182
182	<i>Ibid.</i> , p. 14.									

On a indiqué au Comité que les médecins autochtones ont un taux d'épuisement professionnel plus élevé à cause du stress qu'occasionne le travail dans les régions rurales et éloignées et des nombreux rôles qu'ils assument comme intervenants dans leurs communautés¹⁷⁴.

iiii) Stratégies visant à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de ressources humaines en santé autochtones dans les communautés inuites et des Premières nations

Le Comité a appris que Santé Canada avait introduit en 2005 l'initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) afin d'accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones et de transmettre des connaissances et des compétences culturelles à d'autres professionnels de la santé pour qu'ils puissent fournir des soins adaptés aux groupes autochtones¹⁷⁵. Des représentants de Santé Canada ont indiqué au Comité que l'IRHSA dotée d'un budget de 100 millions de dollars sur cinq ans, avait permis d'augmenter le nombre d'étudiants autochtones bénéficiaires d'une bourse d'études dans le domaine de la santé, en quatre ans, soit de 2005 à 2009, 1 398 étudiants autochtones ont reçu une bourse¹⁷⁶.

Des fonds de l'IRHSA ont été affectés à l'élaboration de programmes d'études pour les écoles médicales et de soins infirmiers afin que les étudiants acquièrent les connaissances et les compétences culturelles nécessaires pour offrir d'excellents soins aux Autochtones et pour travailler dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves¹⁷⁷. Les programmes d'études adaptés à la culture permettent aussi aux étudiants autochtones d'acquérir une formation en sciences de la santé qui tient compte de leurs expériences personnelles.

L'IRHSA fournit aussi des fonds à des collèges et à des universités pour la conception de programmes de transition qui facilitent l'admission d'étudiants autochtones à des programmes dans le domaine de la santé¹⁷⁸. On a dit au Comité que les programmes de transition aident les étudiants qui n'ont pu terminer leurs études

173 Ibid., p. 18.

174 Ibid., p. 20.

175 Comité permanent de la santé de la 41^e session, 40^e législature, 2 novembre 2009, *Témoignages, réunion n° 41*, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>, p. 2.

176 Ibid.

177 Ibid., p. 7.

178 Ibid.

souvent en butte à des obstacles. Malgré les bourses d'études qui sont offertes, des témoins ont indiqué que les dispositions en matière de financement font souvent fi des besoins particuliers des étudiants inuits et des Premières nations, qui doivent, par exemple, interrompre et prolonger leurs études parce qu'ils ont des obligations familiales ou qu'ils participent à un programme de transition¹⁶⁵.

Enfin, le Comité a appris que les étudiants inuits et des Premières nations étaient confrontés à des obstacles culturels, sociaux et géographiques dans la poursuite d'études postsecondaires en sciences de la santé. Certains d'entre eux avaient du mal à maîtriser la langue d'enseignement¹⁶⁶. Ils étudiaient encore dans des établissements où de nombreux professionnels de la santé ignorent tout de leurs pratiques culturelles ou ne reconnaissent pas les contributions de la médecine traditionnelle¹⁶⁷. Beaucoup d'étudiants des Premières nations et inuits doivent poursuivre des études postsecondaires loin de leurs communautés et des réseaux de soutien sociaux pendant de longues périodes, ce qui ajoute à leur isolement¹⁶⁸.

Des témoins ont indiqué que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves ont de la difficulté à conserver les RHS faute de fonds suffisants. Selon eux, ces communautés avaient de la difficulté à retenir des professionnels de la santé parce que les échelles salariales du gouvernement fédéral ne faisaient pas le poids comparativement aux salaires offerts par d'autres fournisseurs de services de santé¹⁶⁹. Des médecins autochtones ont contracté une lourde dette pour leurs études et leur formation et sont donc réticents à revenir dans leurs communautés pour exercer leur profession moyennant un salaire moindre¹⁷⁰. On a dit aussi au Comité que les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves font face à des pénuries de RHS parce qu'elles n'ont pas assez de financement de base de Santé Canada pour embaucher les RHS nécessaires pour répondre aux besoins de la population croissante¹⁷¹. Malgré la population grandissante de ces communautés, Santé Canada n'a doté, dit-on, qu'un autre poste d'infirmière dans le cadre de sa stratégie de transformation des soins infirmiers en 2004¹⁷².

Les conditions sociales difficiles dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves influent également sur le maintien en fonction de professionnels de la santé, comme l'a expliqué un témoin :

165	<i>ibid.</i> , p. 9.
166	<i>ibid.</i> , p. 4.
167	<i>ibid.</i> , p. 5.
168	<i>ibid.</i> , p. 4.
169	<i>ibid.</i> , p. 10.
170	<i>ibid.</i>
171	<i>ibid.</i> , p. 6.
172	<i>ibid.</i>

la santé autochtone (ONSA), il y a un manque disproportionné de professionnels de la santé autochtones au Canada.¹⁵⁶ Par exemple, seulement 3,7 % des professionnels de la santé s'identifient comme Autochtones en Saskatchewan alors que les Autochtones représentent 8,5 % de la population des travailleurs dans cette province.¹⁵⁷ Selon le recensement de 2006, seulement 240 personnes qui se sont identifiées comme membres des Premières nations ont obtenu un diplôme en médecine, en médecine vétérinaire ou en dentisterie.¹⁵⁸ Le Comité a appris qu'il est essentiel d'augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones pour améliorer le maintien en fonction des RHS dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves, car les professionnels de la santé d'origine autochtone sont plus enclins à retourner dans leurs communautés et à y demeurer en raison des liens familiaux et des réseaux sociaux qu'ils ont tissés.¹⁵⁹ Enfin, ils sont en mesure de fournir des soins adaptés à la culture dans les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves.¹⁶⁰

Des témoins ont cependant expliqué qu'il existait de nombreux obstacles au recrutement de travailleurs de la santé parmi les Premières nations et les Inuits. Le principal obstacle est le manque d'instruction requis pour faire carrière dans le domaine de la santé, instruction qui fait défaut à bon nombre d'Autochtones et d'Inuits; leur taux d'achèvement des études secondaires est démesurément inférieur à celui des autres Canadiens.¹⁶¹ Selon le recensement de 2001, 16 % des Canadiens âgés de 20 à 24 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Chez les Canadiens autochtones du même groupe d'âge, la proportion est de 43 %.¹⁶² On a dit au Comité qu'au Québec, seulement 3 % des étudiants des Premières nations satisfont aux exigences d'accès à l'éducation postsecondaire.¹⁶³ Et parmi ceux qui y satisfont, beaucoup n'ont pas les connaissances nécessaires en mathématiques ou en sciences pour faire carrière dans le domaine de la santé.¹⁶⁴

Des témoins ont également dit au Comité que les membres des Premières nations et les Inuits qui désirent faire des études postsecondaires en sciences de la santé sont

156	Comité permanent de la santé de la 5 ^e session, 40 ^e législature, 25 mars 2010, communes.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESA.EV05-F.PDF , p. 5.
157	<i>Ibid.</i>	
158	<i>Ibid.</i>	
145	Comité permanent de la santé de la 5 ^e session, 40 ^e législature, 25 mars 2010, communes.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESA.EV05-F.PDF , p. 11.
160	<i>Ibid.</i>	
161	<i>Ibid.</i> , p. 5.	
162	Michael Mendelson, <i>Improving Primary and Secondary Education on Reserves in Canada</i> , Caledon Institute of Social Policy, octobre 2006, http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/608ENG%2Epdf , p. 1.	
163	Comité permanent de la santé de la 5 ^e session, 40 ^e législature, 25 mars 2010, communes.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4378648/HESA.EV05-E.PDF , p. 4.
164	<i>Ibid.</i>	

professionnels de la santé peuvent se réunir pour établir des liens, mettre en commun les pratiques exemplaires et renforcer leur communauté par la formation et la collaboration.¹⁵⁰

Premières nations et Inuits

i) Rôles et responsabilités de Santé Canada

Aux termes de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, « peuples autochtones » s'entend notamment des « Indiens, des Inuits et des Métis du Canada »¹⁵¹. Le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* reconnaît au gouvernement fédéral la compétence principale à l'égard des Premières nations et des Inuits. Selon l'interprétation qu'en donne le gouvernement fédéral, cette responsabilité s'applique uniquement aux membres des Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits. Conformément à la Politique de 1979 sur la santé des Indiens, le gouvernement fédéral fournit certains services et prestations de santé à ces clientèles, principalement par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)¹⁵².

La DGSPNI emploie 800 infirmiers et infirmières ainsi que travailleurs visiteurs qui fournissent des services de santé dans les communautés des Premières nations et des Inuits du pays¹⁵³. Certaines communautés des Premières nations et inuites sont toutefois responsables de l'administration de ces services en vertu d'accords de contribution ou d'ententes de transfert de services de santé avec la DGSPNI¹⁵⁴. Outre les programmes fédéraux de soins de santé, les communautés inuites et des Premières nations dans les réserves ont accès à des soins actifs et à des soins primaires qui sont médicalement nécessaires, dans des hôpitaux et par l'entremise de services médicaux offerts dans leur province au même titre que tous les autres Canadiens¹⁵⁵.

iii) Difficultés actuelles de recruter et de conserver des ressources humaines en santé autochtones

On a dit au Comité que l'une des principales difficultés qui touchent les RHS et auxquelles se heurtent les communautés des Premières nations et inuites consiste à recruter, en leur sein même, des travailleurs de la santé. Selon l'Organisation nationale de

150 Comité permanent de la santé de la 4^e session, 40^e législature, 23 mars 2010, *Témoignages, réunion n° 4*, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA_EV04-E_PDF.pdf, p. 7.

151 *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, ch. 11, partie II, par. 35(2).

152 Santé Canada, *À propos de Santé Canada — Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/bfranch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php.

153 Santé Canada, *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones — Services de soins de santé*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spni/a-services/index-fra.php>.

154 *Ibid.*

155 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002, <http://dsp-psd.communiquatn.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>, p. 239.

Dans le présent chapitre, nous examinons comment les ministères et les organismes fédéraux s'y prennent pour surmonter, seuls et ensemble, les difficultés liées aux RHS pour offrir les services et les prestations et pour répondre aux besoins de leurs clientèles en matière de santé. Nous commençons par dresser un tableau de la collaboration horizontale que prévoit le Partenariat fédéral pour les soins de santé, puis nous examinons en détail les besoins et les difficultés propres à chacune des clientèles du gouvernement fédéral.

Collaboration horizontale en matière de RHS : Partenariat fédéral pour les soins de santé

On a dit au Comité que les six ministères et organismes responsables des services et des prestations destinés aux clientèles du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé travaillent ensemble pour relever les défis communs liés aux RHS grâce au Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS). Ce dernier est une initiative horizontale qui vise la réalisation d'économies d'échelle dans les secteurs de responsabilité des ministères et des organismes fédéraux; il permet également de déterminer les secteurs qui se prêtent à une collaboration dans le domaine des soins de santé¹⁴⁶. Face aux pénuries de RHS auxquelles se heurtent les ministères fédéraux, les membres du PFSS ont créé le Bureau des ressources humaines en santé, chargé de coordonner des activités collectives de recrutement et de maintien en fonction ainsi que de fournir une direction et de l'aide aux organismes membres du PFSS qui sont confrontés aux mêmes problèmes et défis en matière de RHS¹⁴⁷.

Le Comité a appris que depuis octobre 2008, le Bureau des ressources humaines en santé du PFSS applique trois stratégies visant à combler les postes vacants de professionnels de la santé dans la fonction publique fédérale. D'abord, le Bureau s'emploie à régler les questions de classification professionnelle et de rémunération dans le secteur des services de santé; à cet effet, il appuie les médecins de la fonction publique fédérale qui demandent à ne plus être assujettis aux niveaux de classification actuels et il a commandé une étude à Statistique Canada pour comparer les niveaux de rémunération entre médecins du secteur public et médecins en pratique privée¹⁴⁸. Ensuite, le Bureau met en œuvre des initiatives de recrutement de RHS : par exemple, il offre des placements en milieu clinique et participe à des salons de l'emploi ainsi qu'à des activités de sensibilisation pour faire connaître le gouvernement fédéral en tant qu'employeur de choix auprès des professionnels de la santé¹⁴⁹. Enfin, le Bureau cherche à promouvoir des communautés de praticiens en servant de noyau communautaire fonctionnel où les

146	<i>Ibid.</i>
147	Gouvernement du Canada, Bureau des ressources humaines en santé du PFSS, <i>À propos de nous</i> , http://www.fhp-pfss.gc.ca/fhp-pfss/oh/hr-brhs.asp?lang=fr&cont=501 .
148	Partenariat fédéral pour les soins de santé, <i>Le PFSS et le Bureau des ressources humaines en santé</i> , mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 mars 2010, p. 8.
149	<i>Ibid.</i> , p. 9.

CHAPITRE 7 : BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET DIFFICULTÉS POUR LES CLIENTÈLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Introduction

Comme il est indiqué au chapitre 2, le gouvernement fédéral exerce des pouvoirs à l'égard de certains groupes : Premières nations et Inuits, immigrants, Forces canadiennes, anciens combattants, GRC et détenus sous responsabilité fédérale. À ce titre, il offre certains soins de santé primaires et supplémentaires à environ 1,3 million de Canadiens par l'entremise de six ministères : Santé Canada, Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), Anciens Combattants Canada (ACC), ministère de la Défense nationale (MDN), Service correctionnel du Canada (SCC) et la GRC¹⁴¹. Pour le gouvernement fédéral, le coût global de ces soins de santé et des prestations connexes s'établit à environ 2,7 milliards de dollars chaque année, ce qui en fait le 5^e dispensateur de soins de santé en importance au pays¹⁴².

Bien que les prestations et soins de santé que le gouvernement fédéral offre à chacune des clientèles susmentionnées diffèrent considérablement, les ministères et les organismes fédéraux font face aux mêmes difficultés sur le plan des ressources en matière de santé (RHS), dont un taux de postes à combler élevé dans les professions visées. Par exemple, en 2008, le MDN avait un taux de postes d'infirmières vacants de 25 % et SCC un taux de postes en psychologie vacants de 35 %¹⁴³. En raison de ces taux élevés, les ministères et les organismes fédéraux doivent passer des contrats avec des tiers, ce qui occasionne un fardeau financier considérable : le coût des contrats de service du MDN avec des tiers pour les services de médecins s'élevait à 26 millions de dollars en 2007 tandis qu'il était de 6 millions de dollars pour AAC¹⁴⁴. Qui plus est, on a dit au Comité que la capacité des ministères et des organismes fédéraux d'offrir des salaires et des avantages concurrentiels aux professionnels de la santé est restreinte en raison de l'adoption de la *Loi sur le contrôle des dépenses*, laquelle limite à 1,5 % les augmentations annuelles de salaire des employés professionnels et administratifs de la fonction publique fédérale¹⁴⁵.

141	Gouvernement du Canada, Bureau des ressources humaines en santé du PFSS, <i>Bienvenue! Le travail à la fonction publique fédérale</i> , http://www.PFSS-pfss.gc.ca/PFSS-pfss/orHS-brhs/homme-accueil.asp?lang=fra .
142	Comité permanent de la santé de la 4 ^e session, 40 ^e législature, 23 mars 2010, <i>Témoignages, réunion n° 4</i> , http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4370667/HESA/EV04-F.PDF , p. 6.
143	<i>Ibid.</i>
144	<i>Ibid.</i>
145	Partenariat fédéral pour les soins de santé, <i>Le PFSS et le Bureau des ressources humaines en santé</i> , Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 mars 2010, p. 7.

Jouer un rôle constructif afin d'intégrer les diplômés en médecine étrangers et les autres diplômés en médecine aux systèmes de santé.

Recommandation 15 :

Que le gouvernement du Canada tienne sa promesse de 2008 de financer 50 nouveaux postes de résidents par année pendant quatre ans, ce qui coûtera 40 millions de dollars.

Recommandation 16 :

Que le gouvernement du Canada envisage d'exiger que les médecins souhaitant immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse en tenir compte dans l'évaluation de leur candidature.

Recommandation 10 :

Que Santé Canada travaille avec les acteurs concernés pour veiller à ce que les programmes de transition financés par le gouvernement fédéral offrant de la formation clinique supervisée sur une longue période soient inclus dans l'évaluation de la formation et des compétences des PSFE.

Recommandation 11 :

Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines réalise une étude approfondie sur les diplômés en médecine étrangers et l'accès à des postes de formation postdoctorale au Canada, se penchant notamment sur des questions comme les capacités et le financement des postes au sein du système d'éducation médicale ou des places en clinique supervisée, l'évaluation du système de jumelage en résidence pour ces diplômés et la situation des résidents titulaires de visas au sein du système; et que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fasse rapport des constatations de son étude sur les postes de formation postdoctorale pour les diplômés en médecine étrangers.

Recommandation 12 :

Que le Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, tenant compte de la compétence culturelle préexistante des citoyens canadiens qui se rendent à l'étranger étudier la médecine, œuvre en collaboration avec les acteurs compétents afin de trouver des façons d'accélérer l'évaluation et l'intégration de ces médecins diplômés à l'étranger en vue de la formation postdoctorale en médecine au Canada.

Recommandation 13 :

Que le gouvernement du Canada lance une initiative afin de rapatrier les médecins canadiens qui pratiquent à l'étranger; une telle initiative pourrait ramener au pays jusqu'à 300 médecins.

Recommandation 14 :

Que le gouvernement du Canada envisage d'accorder un financement ciblé aux provinces et aux territoires pour qu'ils accroissent la capacité des écoles de médecine et des hôpitaux universitaires de

Le Comité a appris que de nombreuses initiatives avaient été prises pour soutenir l'accélération de l'intégration des PSFE et des DME, un bon nombre d'entre elles étant financées par le gouvernement fédéral. Cependant, le Comité a également appris que bien des PSFE et des DME éprouvaient de la difficulté à être reçus aux examens d'obtention de permis et à accéder à la formation postdoctorale, entraînant des retards qui nuisent considérablement au maintien de leurs compétences. Le Comité reconnaît aussi le coût élevé de l'obtention d'un permis d'exercer pour tous les diplômés en médecine. Le Comité est d'avis que le soutien continu des programmes de transition et d'adaptation et des permis de transition est essentiel si on veut que les PSFE acquièrent les compétences, les connaissances et l'expérience voulues pour s'intégrer au système de santé du Canada. Toutefois, le Comité est également conscient du fait que certains témoins ont soutenu que les programmes de transition sont des ponts menant souvent « à nulle part ¹³⁹ » lorsque leur formation clinique n'est pas reconnue par les organismes de réglementation. En outre, le Comité a appris que les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement ne sont pas à même d'intégrer les DME dans le système de soins de santé, ce qui cause une pénurie des places en résidence offertes aux DME et aux autres diplômés en médecine.

Le Comité a aussi été informé de deux nouvelles questions touchant les DME qu'il faut examiner. Premièrement, il a appris que les écoles de médecine canadiennes acceptent en formation postdoctorale des étudiants étrangers qui rentrent ensuite dans leur pays pour y pratiquer, tandis que de nombreux DME qui vivent au Canada ne réussissent pas à obtenir un poste de formation. De plus, le Comité a aussi appris qu'un nombre croissant de DME sont des citoyens canadiens qui ont étudié la médecine à l'étranger. Cependant, ces DME ont autant de difficultés à obtenir un poste de formation postdoctorale que les autres DME au Canada. Bien que le CARMS ait reçu une subvention de Santé Canada pour approfondir la question ¹⁴⁰, le Comité estime qu'il faut faire plus à cet égard. Le Comité recommande donc :

Recommandation 9 :

Que Santé Canada continue de financer durablement les programmes de permis de transition et d'adaptation à l'intention des professionnels de la santé formés à l'étranger, ainsi que les programmes communautaires de préceptorat dans le cadre desquels des médecins en exercice évaluent et encadrent les diplômés en médecine étrangers.

139	Comité permanent	de la	santé	de la	2 ^e session,	40 ^e législature,	9 décembre 2009	communes.
140	Témoignages, réunion n° 50,	de la	santé	de la	2 ^e session,	40 ^e législature,	9 décembre 2009	communes.
	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV431497/HESA_EV50-F_PDF_p_3							
	Ibid.							

dans les critères d'évaluation des candidats¹³³. Le CMC a précisé que ses données montraient que si un candidat échouait à l'examen d'évaluation, que ce soit à sa première tentative ou plusieurs fois par la suite, il avait vraisemblablement moins de 35 % de chances d'obtenir un permis d'exercer sans réserve au Canada¹³⁴.

Une autre solution proposée par les témoins était la conclusion d'ententes de reconnaissances mutuelles avec des associations professionnelles médicales des pays d'où viennent les plus forts contingents d'immigrants. Ainsi, le Comité a appris que le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a conclu des ententes pour accréditer et accueillir des médecins de famille diplômés américains et australiens et qu'il s'employait à conclure des accords semblables avec d'autres pays¹³⁵. Si certains considéraient les accords de réciprocité comme un moyen de reconnaître les PSFE sans formation ni expérience, d'autres, en revanche, ont fait valoir que cela pourrait soulever des questions relatives à l'équité, car il pourrait arriver que des immigrants de pays signataires d'accords de réciprocité soient avantagés par rapport aux autres¹³⁶.

Observations du Comité

Le Comité reconnaît la complexité du processus canadien de reconnaissance des titres de compétence des PSFE. En fait, le Comité a appris que le système met en jeu 53 ministères provinciaux et territoriaux, cinq organismes d'évaluation provinciaux, plus de 200 établissements postsecondaires et plus de 440 organismes de réglementation¹³⁷. Le Comité reconnaît certes que la responsabilité relative à l'éducation, à l'accréditation et à la délivrance de permis aux PSFE incombe aux provinces et aux territoires, mais il estime que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans le soutien des provinces et des territoires et des autres acteurs dans ce domaine. Comme les porte-parole de CIC l'ont dit, le gouvernement du Canada est responsable, dans la plupart des cas, de la sélection des immigrants venant au Canada et, par conséquent, il doit aussi veiller à ce que « les nouveaux arrivants soient à même d'utiliser de manière productive leurs talents, leurs compétences et leurs ressources une fois au Canada¹³⁸ ».

133 Conseil médical du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, février 2010.

134 Ibid.

135 Comité permanent de la santé de la 44^e session, 40^e législature, 18 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4326244/HESA/EV44-F.PDF>, p. 3.

136 Comité permanent de la santé de la 50^e session, 40^e législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA/EV50-F.PDF>, p. 7 et Comité permanent de la santé de la 07^e session, 40^e législature, 1^{er} avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESA/EV07-F.PDF>, p. 15.

137 Comité permanent de la santé de la 14^e session, 40^e législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA/EV14-F.PDF>, p. 3.

138 Ibid.

fait remarquer que les programmes de transition devaient eux aussi être mieux intégrés dans le système d'éducation médicale. Le Comité a appris que nombre de programmes de transition pour DME axés sur l'expérience clinique supervisée durant une période de plusieurs années n'étaient pas reconnus comme des programmes de formation officiels par les organismes de réglementation et que, par conséquent, une foule de DME devaient suivre une formation en résidence après deux ans de formation clinique supervisée¹²⁷. Ils ont donc proposé que les programmes de transition soient accordés par les universités afin d'être reconnus dans l'évaluation des titres de compétence des candidats¹²⁸. Enfin, les témoins ont ajouté que les programmes de transition devaient être financés de façon durable pour pouvoir porter fruit à long terme¹²⁹.

Pour résoudre le problème du manque de places en résidence pour DME, des témoins ont proposé que l'on accorde un financement de l'ordre de 5 millions de dollars sur cinq ans aux écoles de médecine et aux hôpitaux universitaires pour leur permettre d'acquérir les ressources et l'infrastructure voulues afin de pouvoir offrir des places de résidence aux DME et des programmes de mentorat aux DME possédant un permis d'exercice provisoire et de l'expérience clinique appréciable¹³⁰. D'autres témoins ont proposé que le gouvernement du Canada réduise le nombre de résidents titulaires d'un visa afin d'augmenter la capacité de notre système d'éducation médicale de former des DME au niveau postdoctoral¹³¹. Les places de résidents titulaires d'un visa étant financées par des gouvernements étrangers, les témoins ont fait valoir que le gouvernement du Canada pourrait subventionner des places en formation postdoctorale qui pourraient être offertes à des DME¹³².

D'autres témoins ont proposé l'adoption d'une approche systémique. Étant donné que CIC considère que les médecins représentent une catégorie professionnelle prioritaire au sein du groupe des travailleurs qualifiés immigrant au Canada, le Conseil médical du Canada a recommandé que le gouvernement du Canada exige que les médecins souhaitent immigrer au Canada inscrivent les résultats de l'examen d'évaluation du CMC dans leur demande d'immigration pour que le gouvernement du Canada puisse les inclure

127	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 50, 2 ^e session, 40 ^e législature, 9 décembre 2009, p. 3.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV431497/HESA50-F.PDF , p. 3.
128	<i>Ibid.</i>	
129	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 16, 3 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010, p. 2.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA50-F.PDF , p. 2.
130	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 17, 2 ^e session, 40 ^e législature, 28 avril 2009, p. 7 et p. 11.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV384660/HESA50-F.PDF , p. 7 et p. 11.
131	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 46, 2 ^e session, 40 ^e législature, 25 novembre 2009, p. 2.	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESA50-F.PDF , p. 2.
132	<i>Ibid.</i>	

Des organismes médicaux nationaux, dont le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et l'Association médicale canadienne (AMC), ont expliqué qu'il n'y avait pas assez de places en résidence pour les DME en raison de l'incapacité actuelle de les guider et de les former.¹²¹ Des témoins ont fait valoir que le système médical était incapable de former les DME parce que les places de formation postdoctorale étaient accordées à des étudiants en médecine étrangers parrainés par leur gouvernement pour faire des études complètes ou spécialisées au Canada pour ensuite retourner dans leur pays d'origine.¹²² Selon l'Association des facultés de médecine du Canada, 830 étudiants étrangers étaient titulaires d'un visa de formation, dont 120 inscrits en première année de résidence.¹²³ Toutefois, d'autres ont fait remarquer que les étudiants étrangers possédant un visa ne pouvaient pas être comparés directement aux DME tant du point de vue de leurs connaissances que de la formation qu'ils recevaient au Canada.¹²⁴

Le Comité a aussi appris que d'autres professionnels de la santé formés à l'étranger éprouvaient des difficultés semblables pour faire reconnaître leurs titres de compétence étrangers. Par exemple, la Société canadienne de science de laboratoire médical a souligné que quelque 90 % des technologistes de laboratoire médical formés à l'étranger ne satisfaisaient pas aux normes réglementaires en vigueur au Canada.¹²⁵ Elle a ajouté que le taux d'échec de ces derniers aux examens nationaux restait bien au-dessus de la moyenne canadienne.

Pour résoudre certaines de ces difficultés, les témoins ont souligné l'importance des programmes de transition et d'adaptation qui aident les PSFE à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour remplir toutes les conditions de l'obtention d'un permis d'exercer au Canada. À titre d'exemple, le Comité a appris que le gouvernement de l'Alberta, en collaboration avec Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), a créé un programme d'évaluation de la compétence médicale, qui a été couronné de succès et qui permet aux DME d'acquérir les connaissances linguistiques et culturelles nécessaires pour réussir les examens cliniques oraux.¹²⁶ Toutefois, d'autres ont

121	Comité permanent de la santé	n° 17, 2 ^e session, 40 ^e législature, 28 avril 2009, communes	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA17-F.PDF , p. 7.
122	Comité permanent de la santé	n° 46, 2 ^e session, 40 ^e législature, 25 novembre 2009, communes	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4261139/HESA17-F.PDF , p. 2.
123	Association des facultés de médecine du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009, p. 5.		
124	Comité permanent de la santé	n° 17, 3 ^e session, 40 ^e législature, 13 mai 2010, communes	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA17-F.PDF .
125	Comité permanent de la santé	n° 16, 3 ^e session, 40 ^e législature, 11 mai 2010, communes	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4515830/HESA16-F.PDF .
126	Comité permanent de la santé	n° 07, 3 ^e session, 40 ^e législature, 1 ^{er} avril 2010, communes	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESA16-F.PDF , p. 1-2.

Obstacles que doivent franchir les PSFE pour exercer leur profession

Malgré les efforts déployés pour accélérer l'intégration des PSFE au système de santé du Canada, le Comité a entendu des témoins dire que nombreux sont ceux qui continuent de faire face à des obstacles à surmonter pour exercer leur profession. Des témoins ont en effet fait remarquer que le coût de tous les examens du CMC que doit passer tout DME pour obtenir un permis d'exercer sans réserve, dont l'examen d'évaluation ainsi que les examens d'aptitude 1 et 2, et qui fluctue de 1 200 \$ à 3 600 \$ selon l'examen, pourrait être prohibitif pour les immigrants de fraîche date¹¹⁴. En outre, le Comité a appris que les DME éprouvent des difficultés particulières à être reçus à ces examens, car ils ne connaissent pas la formule d'examen à choix multiples et n'ont pas le même accès au matériel de préparation aux examens, comme les séries de questions, qu'ont les médecins formés au Canada¹¹⁵. Selon les données du CMC, entre 1994 et 2006, seulement 48 % environ des DME qui ont été reçus à l'examen d'évaluation initial ont réussi les parties 1 et 2 de l'examen de qualification, qui sont nécessaires à la délivrance du permis d'exercer sans réserve au Canada¹¹⁶.

Enfin, le Comité a appris que les DME ont difficilement accès au système de formation postdoctorale. Le Comité a certes appris qu'il y avait eu une forte hausse du nombre de DME ayant obtenu une place en résidence au Canada, passant de 73 en 2003 à 442 en 2009, mais il a également entendu que nombre d'entre eux ne sont toujours pas admis¹¹⁷. Selon le CARMS, 31 % des 1 600 DME qui ont demandé une place en résidence en 2008 ont été acceptés¹¹⁸. Toujours selon le CARMS, environ la moitié des DME qui font une demande chaque année ont déjà fait l'année d'avant une demande qui a été rejetée¹¹⁹. Le CARMS a ajouté que la proportion de places libres en résidence était d'une pour quatre DME présentant une demande¹²⁰.

114	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, réunion n° 7, 3 ^e session, 40 ^e législature, 1 ^{er} avril 2010, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESA_EV07-F.PDF , p. 11 et p. 11.
115	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, réunion n° 14, 2 ^e session, 40 ^e législature, 2 avril 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-F.PDF , p. 11.
116	Ce calcul est fondé sur les données fournies au Comité par le Conseil médical du Canada. Il indique la différence en pourcentage des DME qui ont réussi l'examen d'évaluation et qui se sont présentés ensuite aux examens de qualification. Conseil médical du Canada, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, février 2010.
117	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, réunion n° 41, 2 ^e session, 40 ^e législature, 2 novembre 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA_EV41-F.PDF , p. 9.
118	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, réunion n° 50, 2 ^e session, 40 ^e législature, 9 décembre 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA_EV50-F.PDF , p. 9.
119	<i>Ibid.</i> , p. 7.
120	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, réunion n° 41, 2 ^e session, 40 ^e législature, 2 novembre 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA_EV41-F.PDF , p. 9.

ne puisse leur délivrer un permis d'exercer¹⁰⁶. Selon leurs titres de compétence et la formation précédemment acquise, certains DME peuvent également devoir suivre un programme de formation postdoctorale partiel ou complet au Canada¹⁰⁷. Pour faciliter ce processus, le Conseil médical du Canada a conçu un nouvel examen clinique reconnu dans tout le pays visant spécialement les DME qui demandent à être admis à un programme de formation postdoctorale¹⁰⁸. Le Comité a appris de plus que le Service canadien de jumelage des résidents (CARMS), l'organisme chargé du jumelage d'étudiants en médecine avec les places en formation postdoctorale au Canada, a ouvert pleinement le processus de jumelage et de sélection aux DME en 2006¹⁰⁹. Le CARMS a commencé lui aussi à parrainer un symposium annuel pour les DME afin de leur donner accès à de l'information leur permettant de comprendre le système de formation postdoctorale canadien et de négocier leur entrée dans ce dernier¹¹⁰.

Enfin, le Comité a appris que Santé Canada finançait à hauteur de 75 millions de dollars des programmes de soutien supplémentaires pour promouvoir l'intégration des PSFE aux systèmes de santé canadiens dans le cadre de son initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger (IRPSFE)¹¹¹. Lancée en 2005, l'IRPSFE accorde quelque 90 % de son financement aux provinces et aux territoires pour la mise en œuvre de programmes de soutien novateurs destinés aux PSFE, comme des programmes de transition visant à aider les PSFE à acquérir les connaissances et les compétences ou à répondre aux critères officiels pour pouvoir réussir aux examens d'agrément¹¹². L'IRPSFE de Santé Canada finance aussi des initiatives pancanadiennes, comme l'élaboration d'un programme d'orientation visant à aider les PSFE à mieux comprendre le système de santé du Canada¹¹³.

106	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 7, la santé de la session, 40 ^e législature, 1 ^{er} avril 2010, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESA_EV07-F.PDF , p. 3.
107	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 50, la santé de la session, 40 ^e législature, 9 décembre 2009, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA_EV50-F.PDF , p. 9.
108	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 7, la santé de la session, 40 ^e législature, 1 ^{er} avril 2010, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4408690/HESA_EV07-F.PDF , p. 5.
109	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 50, la santé de la session, 40 ^e législature, 9 décembre 2009, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESA_EV50-F.PDF , p. 6.
110	<i>Ibid.</i>	
111	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 41, la santé de la session, 40 ^e législature, 2 novembre 2009, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA_EV41-F.PDF , p. 9.
112	<i>Ibid.</i>	
113	Comité permanent des Témoignages, réunion n° 14, la santé de la session, 40 ^e législature, 2 avril 2009, communes, des	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA_EV14-F.PDF , p. 3.

reconnaissance de la formation ou de la supervision postdoctorales ainsi que la délivrance des permis par l'organisme de réglementation. En outre, la FOMC a précisé que le Cadre prévoit que les DME qui ne satisfont pas initialement aux normes nationales devraient pouvoir demander un permis d'exercice temporaire¹⁰¹. Par conséquent, sont également énoncés dans le Cadre les critères de la délivrance de permis d'exercice temporaire aux DME et du passage d'un permis temporaire à un permis sans réserve¹⁰². Cette entente remplacerait l'approche actuelle, où les DME et les médecins formés au Canada doivent se conformer à des normes et à des exigences différentes pour l'obtention d'un permis d'exercer selon le territoire où ils font une demande. Par conséquent, ces normes nationales aideront aussi à faciliter la mobilité des médecins au Canada, comme l'exige le chapitre 7, l'Accord sur le commerce intérieur, qui précise qu'un travailleur ayant compétence pour exercer dans une province ou un territoire doit avoir accès aux possibilités d'emploi dans tout autre territoire ou province signataire de l'Accord¹⁰³.

Le Comité a appris que, pour faciliter davantage le processus de reconnaissance des titres de compétence étrangers des DME, le gouvernement fédéral a accordé au CMC, un organisme créé par le Parlement afin d'établir une norme de qualification nationale pour la pratique de la médecine au Canada, du financement dans le but d'améliorer la vérification des titres de compétence et le processus d'évaluation des DME¹⁰⁴. Le financement accordé dans le cadre du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC) a permis au CMC de créer un répertoire national des compétences médicales des DME. Grâce à ce répertoire, les titres de compétence des DME peuvent être examinés simultanément par de multiples organismes de divers territoires d'un bout à l'autre du pays; les DME n'ont donc pas à envoyer des copies de leurs documents à chacun des organismes. CMC a également reçu des fonds pour concevoir un examen d'évaluation informatisé (EECMC) qui est offert dans plus de 70 pays et qui vise à évaluer les connaissances médicales des DME avant leur arrivée au Canada et permet au Gouvernement du Canada d'évaluer les personnes qui demandent à immigrer au Canada comme travailleurs qualifiés¹⁰⁵.

Le Comité a appris de plus que les organismes intéressés ont déployé des efforts pour améliorer l'accès des DME à la formation postdoctorale. Tous les étudiants en médecine canadiens doivent acquérir une formation postdoctorale ou suivre un programme de résidence avant qu'un organisme de réglementation médicale au Canada

101	<i>Ibid.</i> , p. 4.
102	<i>Ibid.</i>
103	<i>Ibid.</i>
104	Comité permanent de la santé de la 50 ^e session, 40 ^e législature, 9 décembre 2009, <i>Témoignages, réunion n° 50</i> , Chambre des communes, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV431497/HESAEV50-F.PDF , p. 5.
105	<i>Ibid.</i>

fonctionnaires ont dit au Comité que le gouvernement fédéral avait créé le Bureau d'orientation relatif aux titres de compétences étrangers (BORTCE) en 2007 pour fournir aux travailleurs formés à l'étranger l'information ainsi que les services d'orientation et d'ajustement dont ils ont besoin pour accélérer la reconnaissance de leurs titres de compétences⁹⁵. Le BORTCE a des bureaux tant au Canada qu'à l'étranger et sert d'intermédiaire entre les pouvoirs publics, les employeurs, les organismes chargés de délivrer les permis d'exercer et les immigrants. Selon des fonctionnaires fédéraux, on s'attend à ce que, d'ici octobre 2010, le BORTCE ait des bureaux en Chine, en Inde, dans les Philippines et au Royaume-Uni.

En outre, le Comité a appris que le Forum des ministres du marché du travail s'était entendu sur le Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger du travail en novembre 2009, aux termes duquel les pouvoirs publics, les organismes de réglementation et les autres acteurs s'engagent à veiller à ce que les intéressés sachent au bout d'un an si leurs titres de compétence sont reconnus ou s'ils doivent satisfaire à des exigences supplémentaires⁹⁶. On apprend en outre dans le Cadre que ce principe de rapidité du service serait mis en œuvre par les organismes représentant les professionnels de la santé suivants au plus tard le 31 décembre 2010 : technologistes de laboratoires médicaux, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes et infirmières agréées⁹⁷. Pour les dentistes, les infirmières auxiliaires, les technologues en radiation médicale et les médecins, la date limite serait le 31 décembre 2012⁹⁸.

Durant sa comparution devant le Comité, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), une association nationale représentant les 13 organismes provinciaux et territoriaux responsables de la délivrance de permis et de la réglementation des médecins d'un bout à l'autre du Canada dans leur territoire, a souligné que ses membres étaient en bonne voie d'atteindre les objectifs énoncés dans le Cadre⁹⁹. Plus particulièrement, la FOMC a dit avoir rédigé une ébauche d'entente sur les normes nationales d'inscription des médecins au Canada tant pour les diplômés en médecine canadiens que pour les DME¹⁰⁰. Cette ébauche de normes nationales a été conçue pour tous les aspects de la formation médicale que sont la reconnaissance des diplômes en médecine, les examens d'admission du Conseil médical du Canada (CMC), la

95 Comité permanent de la santé de la 50^e session, 2^e session, 40^e législature, 2 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF>, p. 3.

96 Forum des ministres du marché du travail, *Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger*, novembre 2009 http://www.rhdcc.gc.ca/tra/competence/publications/rtrcae/cpc_dossier/PDF/cpc.pdf, p. 7.

97 *Ibid.*, p. 12.

98 *Ibid.*

99 Comité permanent de la santé de la 50^e session, 2^e session, 40^e législature, 9 décembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV431497/HESAEV50-F.PDF>, p. 3.

100 *Ibid.*

consolider les soins de santé⁹⁴. Dans le présent chapitre, nous examinerons et évaluerons les initiatives prises par le gouvernement fédéral, les organismes de santé professionnels et les autres acteurs pour accélérer l'évaluation des professionnels de la santé formés à l'étranger et leur intégration dans les systèmes de santé du Canada, les efforts étant centrés notamment sur l'intégration des DME.

Voies vers la pratique pour les professionnels de la santé formés à l'étranger

Les voies menant à la pratique pour les PSFE varient beaucoup, selon leur profession, leurs antécédents universitaires et leur niveau de formation, les exigences de l'organisme les régissant ainsi que le territoire où ils vivent. Cependant, on trouvera dans le tableau ci-dessous les étapes générales que les PSFE doivent franchir pour exercer leur profession au Canada.

Tableau 1

Voies à suivre par les PSFE pour exercer leur profession	
Première étape	Préparation et soutien dans le pays d'origine avant l'arrivée
Deuxième étape	Évaluation et vérification des attestations d'études et de la formation
Troisième étape	Examens professionnels particuliers, tests linguistiques et autres activités d'évaluation, comme la formation postdoctorale et le placement en clinique par le truchement de programmes de transition.
Quatrième étape	Les autorités de réglementation compétentes enregistrent le PSFE ou lui accordent un permis.
Cinquième étape	S'il ne parvient pas à faire reconnaître ses diplômes, le PSFE doit trouver des solutions de rechange, comme s'inscrire à des programmes de perfectionnement, demander un permis provisoire ou chercher une autre profession liée à la santé.

Source : Tableau dressé à l'aide de données tirées de l'étude du Forum des ministres du marché du travail intitulée Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger, http://www.rhdcc.gc.ca/fra/competence/publications/rtcae/cpc_dossier/PDF/cpc.pdf.

Accélérer l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger

Le Comité a appris, par l'entremise des témoins, que le gouvernement fédéral, les organismes professionnels de la santé et d'autres acteurs avaient pris de nombreuses initiatives pour aider les DME et les autres PSFE à exercer leur activité. D'abord, des

CHAPITRE 6 : ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FORMÉS À L'ÉTRANGER

Introduction

Historiquement, le Canada a fait appel à des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) et, notamment, à des diplômés en médecine étrangers (DME) pour remplir ses besoins en main-d'œuvre de la santé. On entend par diplômé en médecine étranger tout médecin qui a obtenu un diplôme d'une école de médecine d'un autre pays que le Canada ou les États-Unis⁸⁸. Un DME est donc un citoyen canadien qui est allé étudier la médecine à l'étranger ou encore un résident permanent ou un citoyen canadien qui a été formé à l'étranger avant d'immigrer au Canada⁸⁹.

En 2007, les DME représentaient quelque 23 % de l'ensemble des médecins en activité au Canada, soit une baisse par rapport aux 33 % atteints à la fin des années 1970⁹⁰. Selon l'ICIS, les pays qui fournissent le plus de DME au Canada sont le Royaume-Uni, l'Afrique du Sud, l'Inde, l'Irlande et l'Égypte⁹¹. Le Comité a également appris que les citoyens canadiens qui font leurs études de médecine à l'étranger représentent une proportion grandissante des DME qui souhaitent acquérir une formation postdoctorale et obtenir l'autorisation d'exercer au Canada. En 2008, 24 % des DME qui se sont portés candidats à un poste de formation postdoctorale au Canada étaient des citoyens canadiens ayant fait leurs études à l'étranger, contre quelque 40 % en 2010⁹². Les infirmières constituent une autre importante catégorie de professionnels de la santé ayant été formés à l'étranger, les infirmières formées à l'étranger constituant 6,5 % de l'effectif d'infirmières agréées au Canada en 2005⁹³.

Afin de s'attaquer à la pénurie de RHS au Canada, le gouvernement fédéral s'est engagé à accélérer et à élargir l'évaluation et l'intégration des diplômés en santé formés à l'étranger, dans le cadre des objectifs globaux énoncés dans le Plan décennal pour

88 Centre canadien d'information pour les diplômés internationaux en médecine, [http://www.imng-](http://www.imng-canada.ca/fr/licensure/overview/img-définiion.htm)

89 *Ibid.*

90 ICIS, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

91 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007, 2007*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPproviders/07_FR_final.pdf.

92 Comité permanent de la santé de la 50^e session, 40^e législature, 9 décembre 2009, *Témoignages, réunion n° 50, 2^e session, 40^e législature, 9 décembre 2009*, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/4314977/HESA/EV50-F_PDF, p. 6.

93 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007, 2007*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPproviders/07_FR_final.pdf.

vidéoconférence, pour dispenser des services de soins de santé⁸⁴. Le Comité a entendu dire que les efforts actuellement déployés dans la conception de dossiers de santé électroniques (DSE) au Canada par le truchement de l'Inforoute Santé du Canada feront la promotion des soins collaboratifs interprofessionnels en facilitant le partage d'informations entre les différents professionnels de la santé⁸⁵. Qui plus est, le Comité a appris que, grâce à la technologie de l'information sur la santé, les Canadiens peuvent se soigner eux-mêmes, allégeant du même coup la charge de travail des professionnels de la santé. Par exemple, la technologie de l'information permet aux Canadiens de mesurer eux-mêmes à la maison leurs niveaux de glucose dans le sang, leur évitant des visites chez le médecin⁸⁶.

En fait, le Comité a pu constater de première main, durant sa mission d'enquête au Nunavut, l'importance de la technologie de l'information sur la santé pour relever les défis des RHS dans les régions rurales et éloignées. Durant sa visite de l'hôpital général Qikiqtanin à Iqaluit, le Comité a appris que la technologie de l'information permettait le transfert de données d'imagerie médicale, ce qui réduit la nécessité, pour les patients, d'aller dans le Sud aussi bien que celle, pour les spécialistes, de venir dans le Nord pour analyser les résultats des examens médicaux. En outre, la technologie de la vidéoconférence est utilisée efficacement pour les examens dermatologiques et de santé mentale, l'éducation médicale permanente, la visite de proches et les examens de suivi par un spécialiste. La technologie de l'information s'est traduite par des diminutions des frais de transport pour des questions de santé, qui représentent actuellement 18,5 %, soit 50 millions de dollars, du budget total du Nunavut pour la santé et les services sociaux. En outre, la technologie de l'information a permis aux résidents inuits d'obtenir des soins au sein de leurs communautés, réduisant ainsi les fardeaux culturels et le stress liés au déplacement vers les centres urbains du Sud.

Le Comité continue donc d'appuyer les investissements en cours du gouvernement fédéral dans la technologie de l'information sur la santé, notamment les dossiers de santé électroniques, les ordonnances électroniques et la télésanté par le truchement de l'Inforoute Santé du Canada, comme moyen de relever les défis des RHS d'un bout à l'autre du Canada. Jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral a investi dans Inforoute Santé du Canada environ 2,1 milliards de dollars⁸⁷.

84 RAND, « Health Information Technology », Research Brief, http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9136/index1.html.

85 Comité permanent de la santé de la 46^e session, 40^e législature, 25 novembre 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV46-F-PDF>.

86 Comité permanent de la santé de la 14^e session, 40^e législature, 2 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESA-EV14-F-PDF>.

87 Inforoute Santé du Canada, *Rapport annuel 2008-2009 : Bâtir ensemble l'avenir de la santé*, <http://www.inforoute-inforoute.ca/flash/ar-bp/ffr/index.html>.

professionnels des soins de santé parallèles, comme les chiropraticiens et les docteurs en naturopathie dans les services et avantages qu'il propose aux groupes clients fédéraux⁸³.

Le Comité convient tout à fait que nombre de questions liées à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle relèvent de la compétence provinciale. Cependant, le Comité reconnaît aussi que le gouvernement fédéral pourrait examiner des façons de supprimer les barrières à la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris les groupes clients fédéraux et les prestations d'assurance-maladie qu'il verse à ses employés aux termes du Régime de soins de santé de la fonction publique. Le Comité appuie également les témoins selon qui des mécanismes de financement durable doivent être consacrés à la mise en œuvre de la CIP dans les provinces et les territoires. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 7 :

Que le gouvernement fédéral se penche sur les barrières systémiques à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle dans son territoire, y compris ses responsabilités comme employeur de la fonction publique fédérale et les avantages et les services de soins de santé qu'il offre aux groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les immigrants et les réfugiés, les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des Forces canadiennes.

Recommandation 8 :

Que le gouvernement fédéral songe à la possibilité d'établir des mécanismes de financement durable consacrés à la promotion de la collaboration interprofessionnelle dans les provinces et les territoires.

Technologie de l'information sur la santé

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont également souligné l'importance de la technologie de l'information sur la santé dans la résolution des problèmes touchant les RHs. On entend par technologie de l'information sur la santé un large éventail de sources de données intégrées qui donnent accès rapidement aux renseignements sur la santé des patients pouvant être communiqués à divers professionnels de la santé ainsi qu'au patient, et qui peuvent comprendre : les dossiers de santé électroniques des patients, les ordonnances électroniques et la télésanté, c'est-à-dire le recours aux technologies de télécommunication comme le téléphone ou la

urbaines⁷⁷. Les professionnels des soins de santé parallèles qui ont comparu devant le Comité ont précisé que leur inclusion dans le large éventail des services de santé offerts dans le contexte d'équipes de collaboration interprofessionnelle permettait de réduire le fardeau des médecins en offrant des soins préventifs et des traitements complémentaires pour soigner des affections chroniques et des troubles musculosquelettiques⁷⁸.

Malgré les nombreux exemples d'innovations dans la fourniture de soins de santé visant à inclure différents professionnels de la santé, le Comité a appris qu'il n'y avait pas eu de changements généralisés dans la fourniture de soins de santé dans tout le pays. Selon des témoins, les mécanismes de financement comme le Fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires ont certes servi à faire la promotion de projets pilotes novateurs, mais il reste que cela n'a pas été suffisant pour susciter des changements durables dans l'ensemble du pays⁷⁹. Ils ont demandé que le Fonds pour la réforme de la santé soit augmenté dans le prochain transfert canadien en matière de santé prévu pour 2014 afin de promouvoir un changement durable de la CIP dans l'ensemble du pays⁸⁰. D'autres témoins ont souligné les barrières systémiques à l'établissement de la CIP, dont les lois provinciales régissant la portée de la pratique des professionnels, un manque de possibilités de formation et d'éducation interprofessionnelles, les modes de rémunération des dispensateurs de soins et les questions concernant la responsabilité⁸¹.

S'ils ont reconnu que ces barrières systémiques relevaient toujours de la compétence provinciale, des témoins ont tenu à préciser que le gouvernement fédéral pourrait résoudre le problème des barrières systémiques à la CIP dans sa sphère de compétence, dans le contexte des groupes clients fédéraux et de la fonction publique fédérale. Par exemple, le gouvernement fédéral pourrait s'attaquer aux barrières à la CIP dans le Régime de soins de santé de la fonction publique, comme l'exigence selon laquelle une ordonnance médicale est nécessaire pour accéder à des soins de santé non médicaux, comme la physiothérapie⁸². Le Comité a aussi entendu dire que le gouvernement fédéral pourrait inclure les traitements et les soins offerts par les

77 Comité permanent de la santé de la 40^e session, 17^e réunion n° 17, 28 avril 2009, communes, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV4236244/HESA/EV17-F.PDF>, p. 9.

78 Association canadienne des docteurs en naturopathie, *Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 7 mai 2009*, p. 3, et Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Témoignages*, réunion n° 17, 2^e session, 40^e législature, 28 avril 2009, communes, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV3846660/HESA/EV17-F.PDF>, p. 9.

79 Comité permanent de la santé de la 44^e session, 40^e législature, 18 novembre 2009, communes, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV4236244/HESA/EV44-F.PDF>.

80 Association canadienne de physiothérapie, *Efficacité et ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.

81 Comité permanent de la santé de la 46^e session, 40^e législature, 25 novembre 2009, communes, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV4261139/HESA/EV46-F.PDF>.

Ibid.

aux ressources humaines en santé.⁷² Les représentants de Santé Canada ont dit au Comité que ces projets étaient centrés sur une sensibilisation accrue et le partage des pratiques exemplaires en matière de soins collaboratifs; l'offre de programmes d'éducation interprofessionnelle obligatoires par les institutions d'enseignement; l'augmentation du nombre d'éducateurs capables d'enseigner la collaboration interprofessionnelle et du nombre de professionnels de la santé formés en collaboration interprofessionnelle.⁷³

D'autres témoins ont dit que nombre de modèles de CIP novateurs avaient été conçus d'un bout à l'autre du pays grâce au financement obtenu par l'entremise du Fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires créé dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé⁷⁴ et au financement accordé par Santé Canada. Par exemple, le Comité a appris l'existence de Somerset West, un centre de santé communautaire (CSC) du centre-ville d'Ottawa, un centre de services interprofessionnels comprenant des médecins, des infirmières praticiennes, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, des acupuncteurs, des podologistes, des travailleurs des services sociaux, des infirmières, des promoteurs de la santé et, bien sûr, du personnel de soutien administratif.⁷⁵

Le Comité a appris que ce centre était régi par un conseil d'administration communautaire et qu'il reflétait les besoins en santé de la population du quartier, y compris l'accès à la médecine traditionnelle chinoise. Des témoins ont ajouté que le modèle de pratique du CSC Somerset West s'était traduit par d'importantes économies en raison de son recours efficace à des infirmières praticiennes.

Le Comité a su qu'on réussit également à intégrer des professionnels des soins de santé parallèles au sein d'équipes de collaboration interprofessionnelle d'un bout à l'autre du Canada. Ainsi, il a entendu des docteurs en naturopathie qui aident à fournir des soins intégrés et novateurs à des patients atteints de cancer à InspireHealth, l'une de quatre cliniques à Vancouver qui participent à une recherche sur les modèles de prestation de services visant des patients atteints de cancer, dans le cadre du Partenariat canadien contre le cancer.⁷⁶ Le Comité a aussi entendu dire que des chiropraticiens ont été intégrés à la clinique Joe Sylvester qui fait partie de l'organisme Anishnawbe Health Toronto, une clinique multidisciplinaire qui offre des soins de santé aux communautés autochtones

72 Comité permanent de la santé n° 14, 2^e session, 40^e législature, 2 avril 2009, *Témoignages, réunion* <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3806734/HESAEV14-F.PDF>.

73 *Ibid.*

74 Santé Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestati/fpcolliabp/2003accord/index-fra.php>.

75 Comité permanent de la santé n° 44, 2^e session, 40^e législature, 18 novembre 2009, *Témoignages, réunion* <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESAEV44-F.PDF>.

76 Association canadienne des docteurs en naturopathie, *Mémoire à l'intention du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 7 mai 2009, p. 4.

CHAPITRE 5 : PROMouvoir DES SOLUTIONS NOvATRICES POUR LES DÉFIS EN MATIÈRE DE Rhs

Introduction

De nombreuses solutions novatrices sont en cours d'élaboration afin de relever certains des défis en matière de Rhs que connaît le système de soins de santé canadien. Le présent chapitre souligne les innovations en matière de prestation des services de santé mises en œuvre partout au Canada, et met tout particulièrement l'accent sur la collaboration interprofessionnelle et les technologies de l'information sur la santé. Sont également définies dans ce chapitre les façons dont le gouvernement fédéral pourrait promouvoir et soutenir ces innovations.

Collaboration interprofessionnelle (CIP)

Il est reconnu depuis longtemps au Canada que la modification des modèles de fourniture de soins de santé, pour qu'ils comprennent un large éventail de professionnels de la santé constitue une stratégie clé pour résoudre le problème des pénuries de Rhs aussi bien que pour améliorer l'efficacité de la fourniture de soins de santé. En fait, dans le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé, les premiers ministres s'étaient engagés à ce que la moitié des Canadiens aient accès à des équipes de soins de santé multidisciplinaires en 2010 au plus tard⁶⁹. Le terme collaboration interprofessionnelle (CIP) s'entend de la prestation de services de santé complets aux patients par plusieurs dispensateurs de soins qui travaillent de concert à fournir des soins de qualité à l'intérieur d'un milieu et entre milieux⁷⁰. Elle témoigne de ce que les compétences voulues pour répondre aux besoins complexes d'aujourd'hui en matière de santé ne peuvent être réunies en un seul spécialiste ou en une seule profession. Est lié étroitement à la pleine réalisation de la CIP le besoin de changer la façon dont les professionnels de la santé sont formés afin qu'ils disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour travailler efficacement au sein d'équipes interprofessionnelles; c'est ce qu'on appelle la formation et l'enseignement interprofessionnels⁷¹.

Le Comité a appris que Santé Canada avait investi dans plus de 32 projets de collaboration interprofessionnelle dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne relative

69	Santé Canada, <i>Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé</i> , 16 septembre 2004, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/tpcollab/2004-fm-m-rpm/index-fra.php .
70	Association canadienne de physiothérapie, <i>Efficacité et ressources humaines en santé</i> , Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.
71	Santé Canada, <i>Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé</i> , Rapport 2006-2007, <i>Réalisations et nouveaux projets</i> , 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ait_formats/hp-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pai-report-fra.pdf .

Le Comité reconnaît qu'il pourrait être nécessaire d'établir des mécanismes supplémentaires pour la collecte et le partage de données de recherche dans le domaine des RHS afin de promouvoir l'innovation dans la fourniture de services de santé d'un bout à l'autre du pays, comme il est dit plus haut dans le présent rapport. Le Comité estime aussi que des fonds suffisants devraient être accordés aux IRSC pour qu'ils puissent continuer de soutenir la recherche clinique faite par les dispensateurs de soins de santé, comme moyen d'assurer leur recrutement et leur conservation, aussi bien que comme moyen d'appui de l'objectif global d'amélioration de la fourniture de soins de santé. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 5 :

Que le gouvernement fédéral songe sérieusement à accorder à l'ICIS des fonds pour concevoir des mécanismes visant à soutenir la recherche clinique dans le domaine des RHS, voyant là une façon d'attirer et de retenir des professionnels de la santé au Canada.

Recommandation 6 :

Que le gouvernement fédéral continue de financer le Conseil canadien de la santé et l'ICIS afin qu'ils déterminent la meilleure combinaison de professionnels de la santé, rémunérés et non rémunérés, dans différentes collectivités et pour divers groupes de population.

Que les ministères et organismes fédéraux compétents travaillent en étroite collaboration avec l'ICIS à établir un ensemble minimal de données pour la planification des RSH à l'intention de tous les groupes clients fédéraux, dont les Premières nations et les Inuits, la GRC, les anciens combattants, les membres des Forces canadiennes, les immigrants et les réfugiés, et les détenus sous responsabilité fédérale.

Recherche

Le Comité a entendu des organismes de recherche dire qu'un nombre appréciable de travaux de recherche avaient été faits pour évaluer les défis à relever sur le plan des RSH ainsi que divers projets pilotes novateurs d'un bout à l'autre du pays qui avaient donné de bons résultats sur le plan de la satisfaction des besoins des dispensateurs de soins de santé⁶⁴. Par exemple, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a demandé la production d'un rapport en 2001 qui avait pour titre Engagement de soins et dans lequel étaient signalées les initiatives fructueuses du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, lequel avait lancé un programme visant à soulager les infirmières-chefs d'une proportion de 20 à 30 % des soins aux patients en échange de services de mentorat auprès des jeunes infirmières sans expérience⁶⁵. Cependant, en dépit de la publication de recherches soulignant la résolution de difficultés en matière de RSH, les organismes de recherche ont également attiré l'attention sur l'absence de mécanisme au Canada pour recueillir et diffuser l'information à un large éventail d'acteurs⁶⁶.

En outre, des témoins qui ont comparu devant le Comité ont soulevé la question du financement de la recherche en santé. Ils ont fait valoir qu'en accordant un financement suffisant à la recherche clinique réalisée par les dispensateurs de soins de santé, on pourrait attirer d'autres dispensateurs de soins de santé au Canada et les conserver⁶⁷. L'accroissement du financement de la recherche clinique nous permettrait de fournir plus de possibilités d'évaluation et d'amélioration de l'efficacité des systèmes de la santé au Canada⁶⁸.

64 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Rapport au Comité permanent de la santé : Étude sur les ressources humaines en santé*, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.

65 *Ibid.*

66 Comité permanent de la santé de la 16^e session, 40^e législature, 23 avril 2009, *Témoignages, réunion n° 16, 2^e session, 40^e législature, 23 avril 2009*, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESA_EV16-F.PDF.

67 *Ibid.*

68 *Ibid.*

modèle lié aux tendances actuelles de l'utilisation des soins de santé aux futurs besoins de la population en santé. Des représentants de Statistique Canada ont indiqué que de telles données sont mises à la disposition des décideurs et des planificateurs, contre recouvrement des coûts, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui vise à recueillir des données sur les déterminants de la santé, sur l'état de santé et sur l'utilisation des services de santé⁶³. Ils ont indiqué qu'il était possible de produire des données sur la santé à l'échelle régionale, mais qu'il était difficile d'en produire à l'échelle des collectivités en raison de problèmes de fiabilité et de confidentialité.

Le Comité reconnaît les efforts de l'ICIS qui élargit les initiatives de collecte de données pour qu'elles portent sur un large éventail de professionnels de la santé. Le Comité admet aussi toutefois qu'il est nécessaire que l'ICIS recueille de l'information détaillée sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé, y compris des données recueillies par le recensement. De plus, il pourrait s'assurer que ses données sont à jour en faisant de nouveaux recensements, comme le recensement national sur le travail et la santé des infirmières. En outre, l'ICIS devrait, en collaboration avec Santé Canada, examiner des façons de corriger les lacunes constatées dans la collecte de données sur les RSH autochtones. Enfin, le Comité constate qu'il est nécessaire aussi que l'ICIS travaille avec d'autres ministères et organismes fédéraux compétents afin de recueillir des données sur les RSH concernant la prestation de services et d'avantages de soins de santé aux autres groupes clients fédéraux, dont : la GRC, les immigrants et les réfugiés, les Forces canadiennes, les anciens combattants, les détenus sous responsabilité fédérale. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 3 :

- Que Santé Canada songe sérieusement à fournir du financement à l'ICIS dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé afin de lui permettre :
- d'élargir sa collecte de données pour qu'elle comprenne l'information sur le profil démographique et l'emploi de toutes les catégories de professionnels de la santé;
- de refaire le recensement national des RSH aussi souvent que nécessaire pour qu'il reste à jour.

comparer les tendances de la main-d'œuvre d'une province à l'autre. Selon l'ICIS, ces projets de collecte de données ont été rendus possibles par le financement de l'ICIS reçu dans le cadre de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé.⁵⁶

Dans son rapport présenté aux membres du Comité, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, l'ICIS présente les dernières tendances démographiques et données sur la main-d'œuvre concernant les différentes catégories de professionnels de la santé au Canada. Il est souligné en outre dans le rapport qu'il y a des lacunes dans la recherche en ce qui concerne certaines de ces tendances; mentionnons, par exemple, le profil du départ à la retraite d'une variété de professionnels de la santé; les taux de départ chez les professionnels de la santé et les raisons expliquant ces taux; le pourcentage de Canadiens autochtones dans certaines professions de la santé.⁵⁷ D'autres témoins ayant comparu devant le Comité ont également souligné l'absence d'un minimum de données sur les RHS autochtones.⁵⁸ Les représentants de Santé Canada qui ont témoigné devant le Comité ont indiqué qu'ils travaillaient à analyser les données disponibles sur les RHS autochtones en collaboration avec l'ICIS, de même qu'à recueillir plus d'information au niveau local en collaboration avec les communautés.⁵⁹

Des témoins ont signalé d'autres lacunes dans la collecte de données auxquelles il fallait remédier, dont la nécessité pour l'ICIS et Statistique Canada de refaire le recensement national sur le travail et la santé des infirmières, qui, selon des témoins, était périmé.⁶⁰ Ils ont ajouté que le recensement devrait s'appliquer aussi aux autres catégories de professionnels de la santé.⁶¹ Certains témoins ont souligné la nécessité de centrer la collecte de données non seulement sur les tendances de l'offre de professionnels de la santé, mais encore sur les besoins de la population en matière de santé dans l'avenir, comme la gestion des maladies chroniques attribuables au vieillissement de la population.⁶² Cela venait du fait que la planification des RHS était en train de passer d'un

56 On trouvera d'autres détails sur cette stratégie dans les sections où l'on examine les solutions novatrices aux problèmes des RHS. Santé Canada, *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, Rapport 2007-2008*, 2008, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ait_formats/pdf/pubs/RHShs/2008-ar-ra-tra.pdf.

57 ICS, *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007*, http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf, p. 73.

58 Comité permanent de la santé de la 3^e session, 40^e législature, 25 mars 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV43/7868/HESA/EV05-F.PDF>.

59 Comité permanent de la santé de la 3^e session, 40^e législature, 13 mai 2010, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV43/1758/HESA/EV17-F.PDF>.

60 Comité permanent de la santé de la 2^e session, 40^e législature, 28 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV38/4660/HESA/EV17-F.PDF>.

61 *Ibid.*

62 Comité permanent de la santé de la 2^e session, 40^e législature, 23 avril 2009, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/EV38/10879/HESA/EV16-F.PDF>.

CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET COLLECTE DE DONNÉES SUR LES RHS AU CANADA

Introduction

La recherche et la collecte de données jouent un rôle non négligeable dans la planification des RHS. Pour déterminer s'il y a assez de professionnels de la santé ayant les compétences voulues pour assurer des soins de haute qualité, les décideurs doivent en premier lieu recueillir suffisamment de données sur l'offre actuelle de professionnels de la santé.⁵² D'après l'ICIS, l'ensemble minimal de données pour mesurer l'offre de professionnels de la santé doit comprendre : les caractéristiques démographiques, les niveaux d'instruction et de formation, la répartition géographique, la migration, la réduction des effectifs non liée à la migration, les caractéristiques d'emploi et de pratique et la productivité.⁵³ L'établissement d'un portrait exact de l'offre actuelle de professionnels de la santé constitue donc la première étape de la planification des RHS. De plus, les décideurs doivent disposer des informations pertinentes sur les besoins futurs de la population en matière de soins de santé afin de déterminer quels types de professionnels de la santé seront requis.⁵⁴ Des recherches sur les pratiques exemplaires en matière de prestation des soins de santé sont également indispensables afin d'établir comment les professionnels des soins de santé doivent collaborer afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Ce chapitre traite des diverses initiatives de recherche et de collecte de données en RHS qui sont actuellement menées et constituent le fondement de la planification des RHS partout au Canada.

Collecte de données

Le Comité a appris que l'ICIS a recueilli de l'information détaillée sur le profil démographique et les caractéristiques professionnelles d'un large éventail de travailleurs de la santé, comme les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les psychothérapeutes, les techniciens de laboratoire médical et les techniciens de radiation médicale.⁵⁵ L'ICIS recueille en outre les données relatives à 17 autres travailleurs de la santé, dont les chiropraticiens, les sages-femmes et les psychologues. L'ICIS a ajouté que les données qu'il recueille facilitent la planification collaborative nationale, car elles permettent aux planificateurs des RHS et aux décideurs du pays de

52	ICIS, Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007, http://securer.icis.ca/ICISweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf .
53	ICIS, Guide d'élaboration de fichiers de données pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé au Canada, février 2005, http://securer.cih.ca/cihweb/products/Guidance_Document_f.pdf , p. 11.
54	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, Témoignages, réunion n° 16, 2 ^e session, 40 ^e législature, 23 avril 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF .
55	Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, Témoignages, réunion n° 16, 2 ^e session, 40 ^e législature, 23 avril 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESAEV16-F.PDF .

Recommandation 2 :

Que le CCPSRRH fasse rapport sur la mise en œuvre du Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, et, notamment, sur les progrès accomplis au regard de ses objectifs à court, à moyen et à long termes.

outil de diffusion des connaissances où les intervenants pourraient partager les pratiques exemplaires qu'ils ont trouvées pour relever le défi des RHS⁵⁰.

Observations du Comité

Le Comité reconnaît que le CCPSRRH a pris des mesures considérables de planification de la collaboration et de diffusion des connaissances en matière de RHS. Il constate cependant que ce dernier devrait peut-être se soucier plus que le Cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne reçoive l'appui des gouvernements et des intervenants afin d'être mis en œuvre. Le Comité remarque également que ni la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada ni le Cadre du CCPSRRH ne fixent d'objectifs précis en matière d'offre de professionnels de la santé au Canada. Le Comité reconnaît que le CCPSRRH a pris des mesures en vue d'élargir sa représentativité en invitant le Groupe d'intervention action santé, une coalition d'associations nationales en matière de santé et de consommation, ainsi que des organisations vouées à la protection et au renforcement du système de soins de santé public canadien⁵¹. Il a appris également que le CCPSRRH a récemment créé des groupes de travail consacrés à la collaboration interprofessionnelle et aux PSFE. Le Comité juge cependant qu'il serait peut-être nécessaire d'envisager la création d'un mécanisme additionnel, ou d'un observatoire national des RHS, qui soit indépendant des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, comme l'ont suggéré certains témoins. Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 1 :

Que le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines se penche sur la possibilité et la pertinence soit d'élargir sa composition afin d'inclure un plus large éventail d'intervenants et d'étendre son mandat afin de permettre l'établissement d'un inventaire de données et des recherches relatives aux pratiques exemplaires permettant de relever le défi des RHS au Canada, soit de créer un nouvel observatoire national des ressources humaines en santé indépendant dont la composition élargie pourrait promouvoir la recherche et la collecte de données sur les RHS, servir d'outil efficace de diffusion des connaissances et définir les principales priorités en matière de recherche;

50	<i>Ibid.</i>	Comité permanent	de la	17,	3 ^e	de la	Chambre	des	mai	2010,
51		Témoignages, réunion	n°	17,	session,	la	législature,	13		

http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Evidence/EV4531758/HESA_EV17-F.PDF

de soins de santé et du système d'éducation. Le CCPSSRH a également joué un rôle actif au regard de la question des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) en appuyant un plan visant à élaborer et à mettre en œuvre une norme nationale d'évaluation des diplômés en médecine étrangers qui souhaitent suivre des études universitaires supérieures au Canada. Enfin, le CCPSSRH travaille actuellement à l'élaboration d'une stratégie visant à combler les lacunes constatées dans l'approche canadienne de la formation et de la collaboration interprofessionnelle⁴⁴.

Malgré les différentes initiatives entreprises par le CCPSSRH, des témoins ont déclaré au Comité que ce dernier ne constituait pas un mécanisme efficace de consultation nationale en matière de planification des RHS, et ce, premièrement, parce que sa composition n'est pas assez inclusive, et qu'on n'y trouve aucun représentant de différentes catégories de professionnels de la santé qui dispensent des soins en collaboration⁴⁵ et, deuxièmement, parce que la mise en œuvre du Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne est lente et que le CCPSSRH n'a pas réussi à ce que ce Cadre reçoive des gouvernements l'attention et l'appui qu'il mérite afin d'être mis en œuvre⁴⁶. Il est d'ailleurs révélateur de constater que certains témoins qui se sont exprimés devant le Comité sur le besoin d'un plan ou d'une stratégie nationale pour relever le défi de RHS ne semblaient pas connaître l'existence du Cadre du CCPSSRH⁴⁷.

Ainsi, des témoins ont-ils demandé que le mandat et la composition du CCPSSRH soient élargis « de manière à ce que les intervenants participent activement à l'établissement de buts réalistes et atteignables » en matière de RHS⁴⁸. La majorité des témoins s'est également prononcée pour la création d'un nouvel observatoire national des RHS qui « permettrait de réunir les chercheurs, les gouvernements, les employeurs, les professionnels de la santé, les syndicats et les organisations internationales pour examiner et analyser les tendances des résultats dans la santé, les politiques de santé et donner des conseils factuels aux décideurs⁴⁹ ». Cet observatoire national constituerait un

44 La question sera traitée plus en détail dans une section consacrée aux solutions innovatrices aux défis des RHS. On entend par pratique de collaboration interprofessionnelle la prestation de services de santé complets aux patients par plusieurs fournisseurs de soins qui travaillent de concert à fournir des soins de qualité à l'intérieur d'un milieu et entre milieux. Association canadienne de physiothérapie, *Efficacité et ressources humaines en santé*, Mémoire au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 25 novembre 2009.

45 Comité permanent de la santé de la 17^e session, 40^e législature, 28 avril 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA_EV17-F.PDF.

46 *Ibid.*

47 Comité permanent de la santé de la 44^e session, 40^e législature, 18 novembre 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4236244/HESA_EV44-F.PDF.

48 Comité permanent de la santé de la 17^e session, 40^e législature, 28 avril 2009, http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA_EV17-F.PDF.

49 *Ibid.*

CHAPITRE 3 : NOUVELLES APPROCHES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION ET DE COLLABORATION PANCANADIENNE AU REGARD DES RHS

Introduction

Si le Comité reconnaît que chaque gouvernement du Canada est responsable de la planification et de la gestion de son propre système de soins de santé, force lui est de constater que, selon les témoins qu'il a entendus, une collaboration intergouvernementale en matière de planification des RHS présente de nombreux avantages. Une planification et une collaboration nationales en matière de RHS permettent, selon eux, d'éviter la concurrence entre les gouvernements au regard d'un même bassin de professionnels de la santé, de promouvoir la mobilité interprovinciale de ces derniers afin de remédier aux problèmes d'insadéquation de l'offre et de la demande dans différentes régions du pays et, plus important encore, de partager les pratiques exemplaires que chaque gouvernement peut avoir trouvées pour relever le défi des RHS³⁸.

Mécanismes actuels de planification et de collaboration pancanadiennes en matière de RHS

À l'heure actuelle, la planification et la collaboration pancanadiennes se déroulent au sein du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) FPT. Ce dernier, qui a été créé en 2002 par la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé, a pour mandat de fournir aux sous-ministres des recommandations stratégiques sur la planification, l'organisation et la prestation de services de santé, y compris les questions relatives aux RHS, et de constituer un forum de discussions et d'échanges d'information à l'échelle nationale³⁹. Le CCPSSRH est composé des représentants des 14 gouvernements, de même que de représentants du Groupe d'intervention action santé, des communautés des Premières nations, du Conseil des ministres de l'Éducation du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), d'un office régional de la santé et de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC).

38	Comité permanent de la santé	n° 16, 2 ^e session, 40 ^e législature, 23 avril 2009, communes,	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3810879/HESA/EV16-F.PDF , et
	Comité permanent de la santé	Chambre des communes,	
	Témoignages, réunion n° 17, 2 ^e session, 40 ^e législature, 28 avril 2009, communes,		http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV3846660/HESA/EV17-F.PDF .
39	Comité permanent de la santé	Chambre des communes,	
	Témoignages, réunion n° 41, 2 ^e session, 40 ^e législature, 2 novembre 2009, communes,		http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESA/EV41-F.PDF .

- participer à la planification des RSH avec les provinces et les territoires intéressés.

Les investissements, les programmes et les initiatives du gouvernement fédéral liés à ces engagements sont examinés en profondeur dans les chapitres suivants du présent rapport.

Enfin, il est important de souligner que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes s'est aussi vu accorder le pouvoir d'examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé en vertu du paragraphe 25.9(1) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*³⁷ qui autorise le transfert de fonds fédéraux aux provinces afin de donner effet à ce plan³⁷.

37 *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, L.R. 1985, ch. F-8, art. 1, 1995, ch. 17, art. 45.

recrutement et le maintien en poste, et pour assurer une relève suffisante³⁰ ». À cette fin, le gouvernement fédéral s'est engagé à allouer 85 millions de dollars au renouvellement des RHS, de même qu'un financement continu de 20 millions de dollars par an à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé³¹.

Ces engagements ont été précisés en 2004 dans le Plan décennal fédéral-provincial-territorial (FFT) pour consolider les soins de santé, qui se fonde sur plusieurs principes dont la collaboration entre tous les gouvernements, la réalisation de progrès par la mise en commun des pratiques exemplaires, et une certaine souplesse en matière de compétences³². Cette entente reconnaît le principe d'un fédéralisme asymétrique qui permet l'existence d'ententes particulières pour n'importe quelle province, y compris le Québec qui a signé conjointement avec le gouvernement fédéral un communiqué distinct sur l'interprétation et la mise en œuvre du plan décennal³³.

En matière de RHS, les gouvernements se sont entendus pour accroître la réserve de professionnels de la santé en établissant un plan d'action pour la formation, le recrutement et le maintien en poste des professionnels³⁴. Afin d'atteindre ces objectifs, les premiers ministres se sont engagés à allouer 5,5 milliards de dollars additionnels sur 10 ans afin de réduire les délais d'attente, et ce, dans le cadre d'un travail de collaboration continu sur les RHS³⁵. Le gouvernement fédéral s'engage par ailleurs à³⁶ :

- accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration de diplômés en santé formés à l'étranger;
- instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer les collectivités autochtones et les groupes minoritaires de langue officielle afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités;
- prendre des mesures pour réduire le fardeau financier des étudiants de certains programmes de formation en santé;

30	<i>Ibid.</i>
31	Santé Canada, <i>Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2006-2007, Réalisations et nouveaux projets, 2007</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-tra.pdf .
32	Santé Canada, <i>Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, 16 septembre 2004</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-tra.php .
33	<i>Ibid.</i>
34	<i>Ibid.</i>
35	Santé Canada, <i>Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2006-2007, Réalisations et nouveaux projets, 2007</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-ar-ra/2006-07-pan_report-tra.pdf .
36	Santé Canada, <i>Système de soins de santé : Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, 2004</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-tra.php .

Constitution, mais est implicitement déduit des pouvoirs que possède le Parlement en matière de dette publique et de biens du domaine public (paragraphe 91(1A)) et de son pouvoir général de taxation (paragraphe 91(3)), qui ont été confirmés par les tribunaux²³. De par son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut assortir les subventions qu'il accorde aux provinces de conditions, et, notamment, de conditions relatives à l'exercice des compétences provinciales au sujet desquelles le Parlement ne saurait directement légiférer²⁴.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a établi pour les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires, les normes suivantes : (1) la gestion publique, (2) l'intégrité, (3) l'universalité, (4) la transférabilité et (5) l'accessibilité²⁵. Pour ce qui est des RHS, il est important de souligner que l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traite de l'intégrité, prévoit « qu'au titre du régime provincial d'assurance-maladie, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins²⁶ ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé²⁷ ». Cela signifie que, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services des médecins doivent être couverts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais que cette obligation ne s'applique pas aux services d'autres professionnels de la santé, tels que les pharmaciens, les physiothérapeutes, les chiropraticiens, les psychologues, les docteurs en naturopathie et d'autres non-médecins, qui sont examinés dans le présent rapport²⁸.

Malgré cette séparation des pouvoirs, le gouvernement fédéral collabore depuis longtemps avec les provinces et les territoires en matière de santé et de soins de santé, comme en témoigne l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003, où les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont reconnu la nécessité d'une collaboration intergouvernementale pour relever le défi des RHS partout au pays. Cependant, ils ont aussi convenu d'agir dans le respect complet des compétences de chaque gouvernement²⁹. Dans cet Accord, les premiers ministres se sont entendus pour collaborer en matière de planification des RHS « pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, pour favoriser l'interdisciplinarité des fournisseurs de soins par le biais de l'éducation, pour améliorer le

23 Marisa Tiedemann, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, PRB 08-58F, 20 octobre 2008, <http://pintabp.parl.gc.ca/lopinimages2/prbpubs/pdf/bp1000/prb0858-f.pdf>.
24 *Ibid.*

25 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 7.
26 La *Loi canadienne sur la santé* définit un médecin comme une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 2.
27 *Loi canadienne sur la santé*, 1984, ch. 6, art. 9.
28 Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada* (5^e édition augmentée 2007), vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-5.

29 Santé Canada, *Système de soins de santé : Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 2003, <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2003accord/index-fra.php>.

CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

En vertu de la *Loi constitutionnelle* de 1867, les soins de santé ne relèvent pas d'un seul ordre de gouvernement, mais comportent plutôt divers volets qui peuvent relever tant des compétences fédérales que provinciales¹⁸. La *Constitution* accorde aux provinces des compétences prédominantes en matière de RHS. Le paragraphe 92(13), qui vise « la propriété et les droits civils dans la province », à savoir les contrats, les délits civils et la propriété, est la principale disposition qui attribue aux provinces des pouvoirs en matière de santé¹⁹. Il autorise les provinces à réglementer les affaires de la province et, notamment, la prestation publique ou privée d'assurances médicales, qui déterminent le barème des tarifs des services assurés par les dispensateurs de soins de santé. Plus important encore, il accorde aux provinces le droit de réglementer les dispensateurs de soins de santé. Le paragraphe 92(7) accorde aux provinces le pouvoir de créer et de réglementer les hôpitaux et les services de santé assurés par des hôpitaux, à l'exception des hôpitaux maritimes²⁰.

L'article 91 de la *Loi constitutionnelle* de 1867 accorde cependant au gouvernement fédéral des pouvoirs relatifs à certains groupes de personnes, telles que celles se trouvant dans la milice, au service militaire ou naval, les Premières nations et les Inuits, ainsi que les détenus fédéraux. En vertu de l'article 95, le gouvernement fédéral détient également des pouvoirs, concurrents à ceux des provinces, quant aux immigrants. Il est important de noter que la façon dont le gouvernement fédéral exerce les pouvoirs qu'il détient au regard de ces différents groupes en matière de prestation de soins de santé et de ressources humaines en santé varie grandement selon la nature de la clientèle visée. Le rôle du gouvernement fédéral, quant à ces différents groupes de population, est étudié plus en détail dans le chapitre 7. De plus, en tant qu'employeur de la fonction publique fédérale, le gouvernement fédéral est responsable de la santé et de la sécurité au travail de ses employés, ainsi que des prestations de santé liées à l'emploi des fonctionnaires fédéraux²¹.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral peut, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*²², utiliser son pouvoir de dépenser pour établir des normes nationales pour les régimes d'assurance-maladie des provinces comme condition de sa contribution pécuniaire à ces régimes. Le pouvoir de dépenser n'est pas explicitement défini par la

18	Peter W. Hogg, <i>Constitutional Law of Canada</i> (5 ^e édition augmentée 2007), vol. 1, Thomson Carswell, Toronto, p. 32-1.
19	<i>Ibid.</i> , p. 32-2.
20	<i>Ibid.</i>
21	<i>Ibid.</i>
22	<i>Loi canadienne sur la santé</i> , 1984, ch. 6, art. 1.

de sorte que ces groupes de population doivent également voyager sur de grandes distances pour recevoir des soins actifs et tertiaires¹⁵.

Le Canada a traditionnellement fait appel à des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) pour pallier les pénuries de personnels de santé, mais ces professionnels étrangers éprouvent des difficultés à faire reconnaître leurs titres et doivent attendre avant de pouvoir s'intégrer dans le système de soins de santé canadien¹⁶. Ainsi, la moitié des diplômés en médecine formés à l'étranger qui présentent chaque année au Canada une demande au programme d'études supérieures en sont à leur deuxième demande, parce qu'ils n'ont pas obtenu une place la première fois¹⁷.

15	Comité permanent de la santé de la 41 ^e session, 40 ^e législature, 2 novembre 2009, communes, Chambre des communes, et	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4198199/HESAEV41-F.PDF , et
16	ICIS, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, 23 avril 2009.	http://www.hc-sc.gc.ca/fnhia/spnia/services/index-tra.php .
17	Comité permanent de la santé de la 40 ^e législature, 9 décembre 2009, communes, Chambre des communes, et	http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/402/HESA/Evidence/EV4314977/HESAEV50-F.PDF .

couvrant toute la gamme des compétences requises⁸ », ainsi que d'autres déterminants de la santé.

Le Canada connaît pourtant, depuis un certain nombre d'années, des pénuries de RHT dans de nombreuses professions. Ainsi, estimait-on en 2007 à 11 000 équivalents temps plein la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada.⁹ L'Association médicale canadienne estime par ailleurs que de 4 à 5 millions de Canadiens n'ont actuellement pas de médecin de famille¹⁰.

Il est important de souligner que l'ICIS a indiqué dans son rapport qu'on a observé, de 2003 à 2007, une augmentation variable selon les professions et, notamment, chez les¹¹ médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens. On prévoit cependant toujours des pénuries de RHT en raison de divers facteurs tels que le vieillissement de la population active des professionnels de la santé, la réduction du nombre d'heures travaillées par les dispensateurs de soins de santé afin de garantir un meilleur équilibre travail/vie privée, et des problèmes de milieu de travail qui suscitent un absentéisme et un taux de renouvellement du personnel élevés¹².

De plus, les zones rurales et reculées du Canada subissent des pénuries de RHT particulièrement graves en raison des mouvements de migration des dispensateurs de soins de santé qui, comme le reste de la population, ont tendance à migrer vers les centres qui connaissent une plus forte croissance économique¹³. Ainsi, de 1991 à 2001, les médecins, les technologues de laboratoire médical et les assistants dentaires ont eu tendance à désertifier les zones rurales¹⁴. La situation est encore plus difficile dans les réserves, dans les communautés des Premières nations et des Inuits, ainsi que dans le Nord, où les soins primaires sont principalement assurés par des infirmières autorisées,

8 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fédéral-provincial-territorial, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf.

9 Associations des infirmières et infirmiers du Canada, *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, mai 2009, http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf.

10 Association médicale canadienne, « Plus de médecins pour plus de soins » : Une promesse qui reste à remplir, *Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes au sujet des ressources humaines de la santé*, 28 avril 2009.

11 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé*, 2007, http://secure.cihl.ca/cihweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf.

12 Associations des infirmières et infirmiers du Canada, *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, mai 2009, http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf, et Association médicale canadienne, « Plus de médecins pour plus de soins » : Une promesse qui reste à remplir, *Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent de la santé*, 28 avril 2009.

13 ICIS, *Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*, 23 avril 2009.

14 ICIS, *Les dispensateurs de soins de santé*, 2007, http://secure.cihl.ca/cihweb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf.

CHAPITRE 1 : LE DÉFI DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ AU CANADA

Le Comité reconnaît que les ressources humaines en santé (RHS) au Canada présentent de nombreux défis qui font l'objet de la présente étude. Selon la définition de Statistique Canada, tirée de la Classification nationale des professions, RHS désigne les dispensateurs rémunérés de soins de santé qui, au sein du système de santé, ont le mandat d'assurer aux Canadiens la prestation de soins de santé de grande qualité, sécuritaires, efficaces et axés sur le patient³. Il est à souligner que l'appellation RHS s'applique à tout un éventail de professionnels qui ne participent pas tous directement à la prestation de soins de santé, tels que les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les chiropraticiens, les docteurs en naturopathie, les dentistes, les pharmaciens, le personnel de laboratoires, des professionnels de la santé environnementale ou publique, les statisticiens de la santé, les épidémiologistes, les gestionnaires de l'information sur la santé, les économistes de la santé, ainsi que les agents de santé communautaire⁴. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) applique une définition encore plus vaste des RHS, puisqu'elle considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé, qu'elle soit rémunérée ou non⁵. Cette vaste définition comprend un plus large éventail de participants, notamment les bénévoles et les aidants membres de la famille. Le présent rapport se fonde sur la conception plus vaste de l'OMS, qui comprend les professionnels de la santé rémunérés ou non.

D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les ressources humaines en santé représentent également le plus gros poste de dépenses du système de soins de santé : sur chaque dollar dépensé en soins de santé au Canada, de 60 à 80 cents sont alloués aux RHS, et ce, sans compter le coût de formation des professionnels de la santé⁶. Ce qui signifie que sur les 160 milliards de dollars dépensés en soins de santé au Canada en 2007, de 96 à 128 milliards de dollars ont été alloués aux RHS⁷.

Cependant, la capacité du système de santé à fournir aux Canadiens des soins de santé sûrs et de qualité dépend en partie « d'un ensemble de prestataires de services

3 Définition fondée sur celle de Statistique Canada, dont la Classification nationale des professions limite l'appellation de dispensateurs de soins de santé aux personnes rémunérées. Elle diffère en cela de celle de l'Organisation mondiale de la santé qui considère comme dispensateur de soins de santé toute personne participant à des activités visant principalement à améliorer la santé. ICIS. Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2007, http://securite.cih.ca/cihwebb/products/HCPProviders_07_FR_final.pdf.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 Ibid.

7 Ibid.

INTRODUCTION

Le 26 février 2009, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (ci-après le Comité) a convenu d'entreprendre une étude sur les ressources humaines en santé (RHS) au Canada s'appuyant sur le mandat suivant : la planification et la coordination pancanadiennes des RHS, la recherche et la collecte de données, la collaboration interprofessionnelle, les professionnels de la santé formés à l'étranger, les besoins en RHS des différentes clientèles fédérales, ainsi que le recrutement et la rétention dans les régions rurales et éloignées. Le Comité a également convenu de respecter, dans le cadre de son étude, la complexité des questions de compétences liées aux RHS et, notamment, le fait que la province de Québec, considérant que la planification des ressources humaines en santé relève de sa responsabilité exclusive, ne participe pas aux initiatives pancanadiennes actuellement en cours en matière de RHS¹. Cette étude constitue également un approfondissement des questions abordées dans le cadre de l'examen prévu par la loi, du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, achevé en 2008, qui portait sur les progrès accomplis par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au regard de l'augmentation du nombre de professionnels de la santé au Canada promise dans le Plan décennal et l'Accord de 2003 sur la santé².

Le présent rapport, qui comporte plusieurs chapitres, présente dans un premier temps le contexte nécessaire à la compréhension des défis que doivent actuellement relever les RHS au Canada et le rôle du gouvernement fédéral en matière de RHS. Les chapitres suivants traitent des différents sujets définis dans le mandat précité. Ces chapitres résument les témoignages que le Comité a entendus dans le cadre de son étude, soulignent les problèmes abordés par les témoins et définissent les mesures qui doivent être prises par le gouvernement fédéral pour y remédier.

Le Comité a tenu un total de 12 réunions d'avril 2009 à mai 2010 et mené une mission d'étude de deux jours à Iqaluit et Rankin Inlet du 24 au 26 mai 2009. Le Comité a entendu, lors de ses réunions et de ses visites, les témoignages de représentants du gouvernement fédéral, de chercheurs et d'universitaires, d'organisations de professionnels de la santé, d'organismes de soins de santé communautaires et de diverses autres personnes intéressées.

1 Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines fédéral-provincial-territorial, *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ait_formats/hpb-b-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf, p. 3.

2 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, *Examen parlementaire du Plan décennal pour consolider les soins de santé*, juin 2008, 39^e législature, 2^e session, <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/392/HESA/Reports/RP3577300/hesarp06/hesarp06-f.pdf>.

CHAPITRE 9 : UN EXAMEN DES BESOINS, DÉFIS ET INNOVATIONS EN RHS
PROPRES AU NORD.

63	Introduction
63	Prestation des soins de santé dans le Nord.....
64	Les défis des RHS dans le Nord.....
65	Innovations touchant les RHS dans le Nord.....
66	Observations du Comité
69	CONCLUSION.....
71	LISTE DES RECOMMANDATIONS.....
77	ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS – 40 ^e LÉGISLATURE, 3 ^e SESSION.....
81	ANNEXE B : LISTE DES TÉMOINS – 40 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION.....
85	ANNEXE C : LISTE DES MÉMOIRES – 40 ^e LÉGISLATURE, 3 ^e SESSION.....
87	ANNEXE D : LISTE DES MÉMOIRES – 40 ^e LÉGISLATURE, 2 ^e SESSION.....
89	DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT.....
91	OPINION DISSIDENTE DU BLOC QUÉBÉCOIS.....

34	Obstacles que doivent franchir les PSFE pour exercer leur profession
37	Observations du Comité
41	CHAPITRE 7 : BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET DIFFICULTÉS POUR LES CLIENTÈLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL.....
41	Introduction
42	Collaboration horizontale en matière de RHS : Partenariat fédéral pour les soins de santé.....
43	Premières nations et Inuits
43	i) Rôles et responsabilités de Santé Canada.....
43	ii) Difficultés actuelles de recruter et de conserver des ressources humaines en santé autochtones
46	iii) Stratégies visant à améliorer le recrutement et le maintien en fonction de ressources humaines en santé autochtones dans les communautés inuites et des Premières nations.....
48	iv) Observations du Comité
50	Autres clientèles du gouvernement fédéral.....
50	i) Gendarmerie royale du Canada (GRC)
52	ii) Forces canadiennes
53	iii) Anciens Combattants Canada
55	iv) Détenus sous responsabilité fédérale.....
56	v) Immigrants et réfugiés
57	vi) Observations du Comité
59	CHAPITRE 8 : ACCENT MIS SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN MATIÈRE DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION DANS LES RÉGIONS RURALES
59	Introduction
60	Pratiques exemplaires en matière de recrutement et de rétention des RHS dans les régions rurales
61	Observations du Comité

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : LE DÉFI DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ AU CANADA.....	3
CHAPITRE 2 : LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	7
CHAPITRE 3 : NOUVELLES APPROCHES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION ET DE COLLABORATION PANCANADIENNE AU REGARD DES RHS.....	11
Introduction.....	11
Mécanismes actuels de planification et de collaboration pancanadiennes en matière de RHS.....	11
Observations du Comité.....	14
CHAPITRE 4 : RECHERCHE ET COLLECTE DE DONNÉES SUR LES RHS AU CANADA.....	17
Introduction.....	17
Collecte de données.....	17
Recherche.....	20
CHAPITRE 5 : PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOUVRICES POUR LES DÉFIS EN MATIÈRE DE RHS.....	23
Introduction.....	23
Collaboration interprofessionnelle (CIP).....	23
Technologie de l'information sur la santé.....	26
CHAPITRE 6 : ACCÉLÉRER L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FORMÉS À L'ÉTRANGER.....	29
Introduction.....	29
Voies vers la pratique pour les professionnels de la santé formés à l'étranger.....	30
Accélérer l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger.....	30

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les ressources humaines en santé et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ 40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

PRÉSIDENTE

Joy Smith

VICES-PRÉSIDENTES

Joyce Murray

Megan Leslie

MEMBRES

L'hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

Cathy McLeod

Kirsty Duncan

Patricia Davidson

Patrick Brown

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Christine Holke David

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Karin Phillips

Marie Chia

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ 40^e LÉGISLATURE, 2^e SESSION

PRÉSIDENTE

Joy Smith

VICE-PRÉSIDENTES

Joyce Murray

Judy Wasylcia-Leis

MEMBRES

Patrick Brown

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

Cathy McLeod

L'hon. Carolyn Bennett

Colin Carrie

Nicolas Dufour

Luc Malo

Tim Uppal

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Christine Holke David

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Karin Phillips

Marie Chia

Sonya Norris

**PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOUVELLES
POUR RELEVÉ LES DÉFIS DES RESSOURCES
HUMAINES EN SANTÉ**

**Rapport du Comité permanent
de la santé**

La présidente

Joy Smith, députée

JUIN 2010

40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à :

Les Éditions et Services publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943

Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757

publications@pws-gc.gc.ca

<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à
l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>



40^e LÉGISLATURE, 3^e SESSION

JUIN 2010

Joy Smith, députée

La présidente

Rapport du Comité permanent
de la santé

**PROMOUVOIR DES SOLUTIONS NOUVELLES
POUR RELEVÉ LES DÉFIS DES RESSOURCES
HUMAINES EN SANTÉ**

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

